

**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**QUALIDADE DO SONO, HIGIENE DO SONO, CRENÇAS DISFUNCIONAIS
SOBRE O SONO, E TEMPERAMENTO EM ADOLESCENTES**

Estudo exploratório com adolescentes entre os 13 e os 19 anos

Monalisa Pina Gomes

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

SECÇÃO DE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

NÚCLEO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE E DA DOENÇA

2015

**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**QUALIDADE DO SONO, HIGIENE DO SONO, CRENÇAS DISFUNCIONAIS
SOBRE O SONO, E TEMPERAMENTO EM ADOLESCENTES**

Estudo exploratório com adolescentes entre os 13 e os 19 anos

Monalisa Pina Gomes

Dissertação orientada pela Professora Doutora Margarida Custódio dos Santos

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

SECÇÃO DE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

NÚCLEO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE E DA DOENÇA

2015

Aos meus pais, António e Joantina,

Pela dedicação, conselhos e amor.

Eternas saudades, pai!

Agradecimentos

Primeiramente agradeço à minha mãe, que esteve presente em todos os momentos, mesmo estando longe, e que proporcionou-me a hipótese de estudar e concluir este percurso. Obrigada pelo amor incondicional e pela dedicação a tempo inteiro.

À Professora Doutora Margarida Custódio dos Santos, orientadora deste projeto, agradeço todo o apoio e disponibilidade. Obrigada por todas as horas dispensadas e por todo o ensinamento.

Obrigada à Carolina Cortez, à Teresa Marques, e à Mariana Custódio dos Santos, pelas horas que dedicaram aos questionários ou à base de dados possibilitando, assim, a realização deste estudo. Agradeço a disponibilidade e a atenção demonstradas.

Um agradecimento especial a todos os professores e alunos da escola onde foram recolhidos os dados. Obrigada pelo tempo dispensado e pelo interesse demonstrado ao estudo do sono.

Agradeço à minha irmã Cátia o apoio incondicional e todas as horas dedicadas a ajudar-me neste projeto, sem ti não teria sido possível. Obrigada pela companhia e pelas palavras de incentivo.

Aos meus irmãos António Jandir e António Sérgio, muito obrigada por todo o interesse demonstrado ao longo do meu percurso académico. Obrigada pelos conselhos e pelas animadas conversas.

Não posso deixar de mencionar a minha prima Justina, ela que indicou-me o caminho a trilhar. Obrigada prima por teres partilhado comigo este belo “mundo da psicologia”.

Ao meu sobrinho Gabriel, que a cada sorriso mostra-me que a vida vale sempre a pena.

À minha querida avó, às minhas tias, minhas três Marias, e às minhas primas, em especial à Isa, à Neusa, à Djelissa, à Kelissa, e à Lenisa, agradeço todas as orações, a preocupação, as palavras acolhedoras, os momentos de descontração e as sonoras gargalhadas que tanto alegram o meu coração.

Agradeço, também, aos meus tios, ao meu titi Artur e à minha comadre e cunhada Supatrícia. Obrigada por tudo.

Porque para chegar até aqui tive que percorrer um longo caminho e não fi-lo sozinha, não poderei deixar de agradecer aos meus amigos de sempre, agradeço à Rose, à Dara, ao Flávio, ao Emanuel, à Daniela, à Mariline, ao Mário, ao Silas, à Vanilda, à Sílvia, à Yudi, à Nádia, e à Elisabeth, obrigada por fazerem parte desta caminhada.

Obrigada também aos meus colegas da Faculdade de Psicologia: a Susana, a Joana Gregório, a Inês Amorim, a Joana Amorim, a Marta, a Cláudia, a Inês Santos, o Ricardo, e a Paula. Agradeço todas as partilhas, as palavras de incentivo, as conversas nos corredores e no bar, e todos os sorrisos e abraços.

Para finalizar, uma palavra especial ao Bruno, por toda a felicidade que me transmite, por estares sempre disponível a ouvir-me e por teres sempre uma palavra encorajadora a transmitir-me. Que seja apenas o início de uma longa caminhada que juntos faremos!

Resumo

O sono desempenha um papel importante no desenvolvimento físico e emocional dos adolescentes (Del Ciampo, 2012). As perturbações de sono na adolescência são um problema com uma prevalência significativa (Mindell & Owens, 2010). As suas consequências interferem no bem-estar e no desenvolvimento saudável desta população (Hamilton, 2009). É atualmente reconhecida a pertinência do estudo dos determinantes do sono na adolescência.

Esta investigação teve como primeiro objetivo descrever o padrão de sono, avaliar a perceção de qualidade do sono, a higiene do sono, as crenças disfuncionais em relação ao sono, e a relação entre o temperamento e o sono, numa amostra comunitária de adolescentes portugueses. Foram ainda consideradas como variáveis independentes o controlo parental da hora de deitar e a perceção de problemas de sono. Num segundo objetivo foi considerado o estudo das associações entre as variáveis. Como terceiro objetivo pretendeu-se avaliar a contribuição das variáveis para a qualidade do sono.

Foram utilizadas as versões portuguesas de 4 questionários: a escala de Autoavaliação da Qualidade do Sono na Adolescência - AQSA, a Escala de Higiene do Sono para Adolescentes - EHSA, a Escala de Crenças Disfuncionais sobre o Sono – ECDS e o Questionário sobre o Temperamento no Início da Adolescência-Revisto – EATQ-R.

Integraram a amostra 164 participantes, com idades entre os 13 e os 19 anos ($M=15,37$; $DP=1,16$). A recolha de dados teve lugar num Estabelecimento Público de Ensino Básico e Secundário, em Lisboa.

Os resultados mostraram que os adolescentes dormem menos uma hora do que o recomendado durante a semana. A discrepância de horas dormidas durante a semana e o fim-de-semana é significativa (2h04). Apenas 27% dos pais participam no estabelecimento de horas para dormir.

Os adolescentes da amostra apresentam valores médios de qualidade do sono, com piores resultados no domínio “acordar”; valores médios de higiene do sono com piores valores no domínio “estabilidade do sono”; e crenças pouco disfuncionais sobre o sono. 35% da amostra considera ter problemas de sono. As raparigas apresentam piores resultados na qualidade e higiene do sono, crenças mais disfuncionais sobre o sono. Os

4 constructos apresentam correlações significativas entre si. A higiene do sono, e os fatores do temperamento, “afetividade negativa”, “extroversão” e “controle com esforço” mostraram ser preditores da qualidade do sono. No modelo final a idade, o género, o controlo parental e as crenças em relação ao sono mostraram não ter efeito em relação à qualidade do sono. O modelo preditivo explicou 33,5% da variabilidade da qualidade do sono.

Palavras-Chave: Sono, Adolescência, Qualidade do Sono, Higiene do Sono, Crenças sobre o Sono, Temperamento

Abstract

Sleep performs an important role in the physical and emotional development of the adolescents (Del Ciampo, 2012). Sleep problems in adolescence is a problem with a significant prevalence (Mindell & Owens, 2010). The consequences affect the well-being and healthy development of this population (Hamilton, 2009). Nowadays is recognized the relevance of the study of the determinants of sleep in adolescence.

This research had as a first objective to describe the sleep pattern, evaluate the perception of sleep quality, sleep hygiene, dysfunctional beliefs about sleep, and the relationship between temperament and sleep in a community sample of Portuguese adolescents. They were further considered as independent variables the parental control (bedtime setting) and the perception of sleep problems. In a second objective was considered the study of associations between variables. As a third objective it was intended to assess the contribution of the variables for the sleep quality.

Portuguese versions of 4 questionnaires were used: the Adolescent Sleep-Wake Scale - ASWS, the Adolescent Sleep Hygiene Scale - ASHS, the Dysfunctional Beliefs About Sleep scale – DBAS, and the Early Adolescent Temperament Questionnaire-Revised – EATQ-R.

The sample included 164 participants, aged between 13 and 19 years old ($M = 15.37$, $SD = 1.16$). Data collection took place in a Public Establishment of Basic and Secondary Education, in Lisbon.

The results showed that adolescents sleep an adequate number of hours during the week and the weekend. The discrepancy of hours slept during the week and the weekend is significant (2h04). Only 27% of parents participate in setting hours for sleep.

The adolescents have mean values of sleep quality, with lower values in the domain “return to wake”; they have mean values of sleep hygiene, with lower values in the domain “sleep stability”; and they have few dysfunctional beliefs about sleep. However, 35% consider having sleep problems. Girls have lowest quality results and sleep hygiene, more dysfunctional beliefs about sleep, better means in the temperament factors, and no gender differences relatively to parental control. Younger adolescents present higher results of sleep hygiene, greater parental control, and do not exhibit

differences in the sleep quality, dysfunctional beliefs about sleep and temperament. The 4 constructs show significant correlations among them. In predictive model of sleep quality 33.5% of the variance is explained by sleep hygiene and the temperament factors “effortful control”, “surgency” and “negative affectivity”.

Key-Words: Sleep, Adolescence, Quality of sleep, Sleep Hygiene, Dysfunctional Beliefs about sleep, Temperament

Índice

Agradecimentos	1
Resumo	iii
Abstract.....	v
Índice	vii
Índice de tabelas	ix
Índice de figuras	ix
Introdução	x
1. Enquadramento Teórico	1
1.1. O sono: definição e funções	1
1.2. Caracterização do sono na adolescência.....	2
1.3. Perturbações do sono na adolescência	4
1.4. Qualidade do sono e consequências do sono perturbado.....	6
1.5. Determinantes do sono na adolescência	10
1.5.1. Fatores intrínsecos.....	11
1.5.2. Fatores extrínsecos	18
1.6. Objetivos do estudo	19
2. Metodologia.....	21
2.1. Caracterização metodológica do estudo	21
2.2. População e amostra	21
2.3. Instrumentos de recolha de dados	22
2.3.1. Questionário Sociodemográfico	22
2.3.2. Escala de Avaliação da Qualidade do Sono na Adolescência (AQSA)	22
2.3.3. Escala de Higiene do Sono para Adolescentes (EHSA)	24
2.3.4. Escala de Crenças Disfuncionais sobre o Sono (ECDS - C10).....	26
2.3.5. Questionário do Temperamento no Início da Adolescência-Revisto (EATQ-R).....	27
2.4. Procedimento	29
2.5. Análise de dados	30
3. Resultados.....	32
3.1. Caracterização do sono na amostra.....	32
3.2. Avaliação da Qualidade do Sono (AQSA)	34

3.3. Avaliação da higiene do sono (EHSA)	35
3.4. Avaliação das crenças disfuncionais sobre o sono (ECDS C-10).....	36
3.5. Avaliação do Temperamento (EATQ-R).....	36
3.6. Análise dos resultados considerando a percepção dos problemas de sono.....	37
3.7. Análise dos resultados considerando o Controlo Parental (estabelecimento da hora de ir para a cama).....	38
3.8. Estudo de associações	39
3.8.1. Correlações entre a qualidade do sono (AQSA) e a higiene do sono (EHSA)	39
3.8.2. Correlações entre a qualidade do sono (AQSA) e as crenças disfuncionais sobre o sono (ECDS).....	40
3.8.3. Correlações entre a qualidade do sono (AQSA) e o temperamento (EATQ-R)	40
3.8.4. Correlações entre a higiene do sono (EHSA) e as crenças disfuncionais sobre o sono (ECDS)	41
3.8.5. Correlações entre a higiene do sono (EHSA) e o temperamento (EATQ-R)	41
3.8.6. Correlações entre as crenças disfuncionais sobre o sono (ECDS) e o temperamento (EATQ-R).....	42
3.9. Modelo preditivo da qualidade do sono.....	42
4. Discussão	45
5. Conclusão e Considerações Finais	56
Referências Bibliográficas.....	59
Anexos	77

Índice de tabelas

Tabela 1 Idade e Género dos participantes	22
Tabela 2 Medidas de tendência central e dispersão dos Horários de Sono	33
Tabela 3 Medidas de tendência central e dispersão e análise das associações entre os resultados da AQSA e os dados sociodemográficos (género e idade)	34
Tabela 4 Medidas de tendência central e dispersão e análise das associações entre os resultados da EHSA e os dados sociodemográficos (género e idade)	35
Tabela 5 Medidas de tendência central e dispersão e análise das associações entre os resultados da ECDS e os dados sociodemográficos (género e idade)	36
Tabela 6 Medidas de tendência central e dispersão e análise das associações entre os resultados da EATQ-R e os dados sociodemográficos (género e idade)	37
Tabela 7 Análise das associações entre os resultados da AQSA, ECDS e EATQ-R e os dados sociodemográficos (perceção dos problemas de sono)	38
Tabela 8 Análise das associações entre os resultados da EHSA e os dados sociodemográficos (controlo parental)	39
Tabela 9 Correlações entre os domínios das escalas AQSA e EHSA	40
Tabela 10 Correlações entre os domínios das escalas AQSA e ECDS	40
Tabela 11 Correlações entre os domínios das escalas AQSA e EATQ-R	41
Tabela 12 Correlações entre as componentes das escalas EHSA e ECDS	41
Tabela 13 Correlações entre os domínios das escalas EHSA e EATQ-R	42
Tabela 14 Correlações entre as componentes das escalas ECDS e EATQ-R	42
Tabela 15 Análise de regressão múltipla hierárquica, tendo por variável critério a qualidade do sono	43

Índice de figuras

Figura 1 Mapa Conceptual - Determinantes do sono	10
--	----

Introdução

A presente investigação enquadra-se no âmbito do projeto de dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Foi realizada durante a frequência do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia, Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Núcleo de Psicologia Clínica da Saúde e da Doença, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa e orientada pela Professora Doutora Margarida Custódio dos Santos.

Mindell e Owens (2010) estimam que pelo menos 20% dos adolescentes manifestam algum tipo de perturbação ao nível do sono. Segundo LeBourgeois, Giannotti, Cortesi, Wolfson, e Harsh (2005) entre 6 a 37% dos adolescentes apresenta problemas em alguma das várias etapas do processo de sono: preparação da ida para a cama, adormecimento, manutenção do sono, reiniciação do sono após acordar durante a noite, e passagem para a vigília (LeBourgeois *et al.*, 2005). No entanto, é também reconhecido que durante a adolescência os problemas de sono são pouco valorizados e por isso pouco acompanhados ou encaminhados para um especialista (Meltzer & Mindell, 2008).

As consequências dos problemas de sono na adolescência são múltiplas e abrangem várias áreas do funcionamento, quer a nível da saúde física (*e.g.*, a obesidade e o risco de doença cardiometabólica) (Chen, Beydoun, & Wang, 2008; Knutson, 2012), quer da saúde psicológica (*e.g.*, perturbações do humor) (Frediksen, Rhodes, Reddy, & Way, 2004) quer do funcionamento cognitivo e desempenho académico (*e.g.*, *deficits* de atenção, concentração, memória, fadiga, notas mais baixas) (Alfano, Zakem, Costa, Taylor, & Weens, 2009; Curcio, Ferrara e DeGennaro, 2006; Millman, 2005; Paavonen *et al.*, 2002; Pizza *et al.*, 2010), quer, ainda, das relações sociais (*e.g.*, níveis elevados de irritabilidade, agressividade e menor apetência social) (Stores, 2009).

O sono é determinado por um conjunto complexo de fatores intrínsecos e extrínsecos que incluem determinantes biológicos, comportamentais, cognitivos, culturais e ambientes (Carskadon, 2010; Sadeh & Anders, 1993).

A literatura realça a importância de se realizarem estudos sobre o processo do sono e os seus determinantes, tornando assim possível o desenvolvimento de medidas que possam prevenir e/ou remediar este tipo de problemas (Blunden, Gregory, &

Crawford, 2013; LeBourgeois *et al.*, 2005; Storfer-Isser, LeBourgeois, Harsh, Tompsett, & Redline, 2013).

Da revisão de literatura efetuada, não foi encontrada nenhuma investigação cujos objetivos incluam, simultaneamente, a compreensão dos hábitos de higiene de sono, as crenças sobre o sono, o temperamento e a qualidade percebida do sono dos adolescentes.

O presente estudo decorre do realizado por Cortez (2014) pretendendo dar-lhe continuidade no que diz respeito à diversidade e número da amostra. Ainda, atendendo às suas conclusões, que apontaram para a relevância dos aspetos intrínsecos na qualidade do sono acrescenta-se neste estudo uma nova dimensão, o temperamento.

A presente investigação procurou caracterizar os hábitos de sono de uma amostra de adolescentes portugueses, identificar as relações entre a qualidade do sono, a higiene do sono, as crenças sobre o sono, controlo da hora de deitar e o temperamento, e estudar a contribuição destas variáveis para a qualidade do sono.

O presente documento está organizado em 4 capítulos. O primeiro refere-se ao enquadramento teórico, onde se apresenta um resumo da revisão de literatura sobre o tema. É feita uma breve definição do sono, caracterizando-se posteriormente as especificidades do mesmo e as perturbações de sono mais comuns durante a adolescência. São ainda explicados os determinantes do processo de sono, e as consequências do sono perturbado para os adolescentes. No final deste capítulo, e tendo em conta a literatura revista, são enunciados os objetivos do estudo. O segundo capítulo faz menção aos procedimentos metodológicos que estiveram na base deste estudo. No terceiro capítulo são apresentados os resultados do estudo: análise da qualidade do sono, higiene do sono, crenças sobre o sono, e temperamento, e das associações destas com variáveis sociodemográficas. Finalmente, é apresentada a discussão dos resultados, e na conclusão é realizada uma reflexão sobre toda a investigação e apresentadas algumas sugestões para investigações futuras.

1. Enquadramento Teórico

1.1. O sono: definição e funções

O sono pode ser definido como um estado caracterizado pela redução da atividade motora; diminuição da interação e da recetividade ao meio ambiente; posições específicas (*e.g.*, deitado, de olhos fechados) e pela fácil reversibilidade (Mindell & Owens, 2010).

Para Dement e Vaughan (2000) existem aspetos que merecem destaque na definição do sono, 1) envolver a “construção” de uma “barreira” percetiva entre a “mente consciente” e o mundo externo (o que o distingue, em particular, da hipnose) e, 2) ser um estado imediato e facilmente reversível (contrariamente à morte, ao coma, à hibernação, a estados de inconsciência ou de anestesia). Outras duas importantes qualidades do sono são o facto de ocorrer naturalmente (ao contrário do coma, da anestesia ou da hipnose), ser periódico (*i.e.*, diário, no humano) e envolver modificações específicas da atividade elétrica cerebral (Shepoval’nikov, Gal’perina, & Kruchinina, 2014).

Os estudos sobre o sono, especialmente os da área da fisiologia e da neurologia, permitiram a organização deste estado fisiológico em 2 fases principais: o sono REM (*rapid eye movement*) e o sono NREM (*non rapid eye movement*). Estas fases apresentam características psicofisiológicas bastante distintas, e alternam ciclicamente entre si durante uma noite normativa de sono, constituindo, assim, a “arquitetura do sono” (Colrain, 2011).

O sono NREM geralmente ocorre em primeiro lugar, e é ainda dividido em quatro estádios (Roberts, 2003). A fase 1 do sono corresponde à experiência subjetiva de sonolência e de adormecimento; a pessoa ainda não sente estar verdadeiramente a dormir, tem perceção dos ruídos do ambiente e pode rapidamente voltar ao estado de vigília. Algumas pessoas podem experimentar imagens visuais ao adormecer (as chamadas alucinações hipnagógicas). A fase 2 do sono é conhecida como sono *leve*, embora já seja mais difícil que a pessoa possa acordar com pequenos ruídos. Cerca de meia hora após o adormecimento surge a *fase 3* do sono. As fases 3 e 4 constituem aquele que é designado por *sono profundo*, também conhecido por sono *delta* ou sono

de *ondas lentas*. No sono profundo é extremamente difícil acordar uma pessoa (Gomes, 2005).

O sono REM é caracterizado por um estado praticamente de atonia muscular. A dicotomia simultânea entre cérebro ativo e corpo paralisado levou a que este sono tenha também recebido a designação de *sono paradoxal*. Outra característica tipicamente associada ao sono REM são os *sonhos*/atividade onírica (Gomes, 2005). Vários estudos têm mostrado que uma elevada percentagem de sujeitos, quando despertados durante o sono REM, recordam-se de sonhos vívidos (Carskadon & Dement, 2000).

Ao longo de uma noite assiste-se a uma alternância permanente entre sono NREM e REM, designando-se cada conjunto NREM/REM por *ciclo de sono*. A duração média de 1 ciclo de sono aproxima-se dos 90 minutos, embora possa oscilar entre 70 a 120 minutos (Carskadon & Dement, 2000), de modo que 8 horas de sono compreendem cerca de 4-5 ciclos.

O sono está implicado em funções tão importantes como a restauração do metabolismo cerebral, a reposição de neurotransmissores, a consolidação da memória e das aprendizagens, a capacidade de terminar tarefas mais rapidamente e correndo menos riscos de segurança, de tomar decisões, de autorregulação emocional, e da construção de relações sociais mais adequadas e satisfatórias (Del Ciampo, 2012; Jenni & O'Conner, 2005).

O sono desempenha papel importante no desenvolvimento físico e emocional dos adolescentes, que estão num período de intensa aprendizagem e diferenciação (Del Ciampo, 2012).

1.2. Caracterização do sono na adolescência

A adolescência é caracterizada por importantes mudanças biopsicossociais, cognitivas e comportamentais. Estas mudanças incluem também alterações no padrão do ciclo vigília-sono (Del Ciampo, 2012).

O sono do adolescente diferencia-se do sono da criança, quer no que diz respeito à arquitetura do sono, quer à quantidade de horas dormidas, quer aos horários de deitar e levantar, e à discrepância das horas dormidas durante a semana e os fins-de-semana (Acebo & Carskadon, 2010; Carskadon, 2010; Giannotti & Cortesi, 2010).

Quanto à arquitetura a organização sono-vigília parece sofrer uma reorganização significativa durante a transição para a adolescência (Sadeh, Dahl, Shahar, & Rosenblat-Stein, 2009). A pesquisa sobre as características únicas do sono na adolescência tem sido intensa. As principais mudanças na organização do sono-vigília podem ser resumidas da seguinte forma: (a) uma fase atrasada do sono (uma tendência acentuada para a hora de deitar tardia e a hora de levantar), que está associada às alterações fisiológicas/endócrinas da puberdade (Lagerberg *et al.*, 2001; Spear, 2000; Strauch & Meier, 1988); (b) um sono mais curto, o qual está associado com o aumento dos níveis de sonolência durante o dia (Carskadon, Wolfson, Acebo, Tzischinsky, & Seifer, 1998; Giannotti, Cortesi, Sebastiani, & Ottaviano, 2002; Lagerberg, Petit, Simard, Vitaro, Tremblay, & Montplaisir, 2001; Spear, 2000); (c) uma diminuição acentuada no delta do sono NREM, que também está associado com aumento da sonolência (Campbell, Darchia, Higgins, & Feinberg, 2005; Campbell, Higgins, Trinidad, Richardson, & Feinberg, 2007; Feinberg, Higgins, Khaw, & Campbell, 2006; Jenni & Carskadon, 2004; Jenni, Reen & Carskadon, 2005); (d) uma maior tolerância para a privação do sono ou a vigília estendida com a maturação (Jenni, Achermann, & Carskadon, 2005; Taylor, Jenni, Acebo, & Carskadon, 2005); e (e) um desenvolvimento de padrões de sono irregulares com discrepância entre a hora de deitar e de acordar durante a semana e aos fins-de-semana (Gau & Soong, 2003; Lagerberg *et al.*, 2001; Wolfson & Carskadon, 1998).

Em relação às horas dormidas os resultados dos estudos apontam para um decréscimo no total de horas dormidas desde a infância até ao fim da adolescência (Iglowstein, Jenni, Molinari, & Largo, 2003). Num estudo conduzido por Giannotti e Cortesi (2010) com uma amostra de 6632 adolescentes italianos, (3987 raparigas e 2645 rapazes) com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, os resultados mostraram que tanto os rapazes como as raparigas apresentam um decréscimo no total de horas dormidas, tanto durante a semana como durante o fim-de-semana. Durante a semana as horas dormidas aos 14 anos é igual a 8h15 para as raparigas e 8h30 para os rapazes, sendo que aos 19 anos as raparigas dormem apenas 7h35 e os rapazes 7h20. Durante o fim-de-semana as raparigas com 14 anos dormem durante 9h30 e os rapazes 9h40, já aos 19 anos as raparigas apenas dormem um total de 8h40 e os rapazes 8h20.

Relativamente aos horários de deitar e levantar também são observadas diferenças entre a semana e o fim-de-semana, com o adiamento da hora de deitar tanto

ao fim-de-semana como nos dias da semana e com o adiamento da hora de acordar aos fins-de-semana (Acebo & Carskadon, 2010; Giannotti & Cortesi, 2010, Laberge *et al.*, 2001; Mindell & Owens, 2010; Wolfson & Carskadon, 1998).

De entre razões apresentadas para o adiamento da hora de dormir e para a discrepância dos padrões de sono entre a semana e o fim-de-semana são destacados na literatura: o controlo parental, o aumento dos compromissos sociais, as horas tardias de atividades de desporto ou de conclusão dos trabalhos escolares, e a tendência dos adolescentes para compensar a privação de sono da semana com o aumento de horas dormidas ao fim-de-semana (Acebo & Carskadon, 2010; Carskadon, 2010; Gau & Soong, 2003; Giannotti & Cortesi, 2010; Laberge *et al.*, 2001; Mindell & Owens, 2010; Wolfson & Carskadon, 1998). O facto de os adolescentes irem mais cedo para a cama durante a semana é justificado, pelos próprios, pelo cansaço sentido (Giannotti & Cortesi, 2010).

As diferenças encontradas entre o sono da criança e dos adolescentes são devidas a um conjunto complexo de fatores que serão referidos nos pontos posteriores.

1.3. Perturbações do sono na adolescência

As perturbações de sono na adolescência são um problema com uma prevalência significativa. Segundo Mindell e Owens (2010) pelo menos 20% dos adolescentes manifestam algum tipo de perturbação a nível do sono. Num estudo realizado com adolescentes portugueses Matos, Gaspar, Tomé, e Paiva (2015) encontraram uma prevalência de 37,5% de problemas de sono, entre os quais 18% de privação do sono.

Segundo LeBourgeois e colaboradores (2005) entre 6 a 37% dos adolescentes apresenta problemas em alguma das várias etapas do processo de sono: preparação da ida para a cama, adormecimento, manutenção do sono, reiniciação do sono após despertares noturnos, e passagem para a vigília. No entanto, é também reconhecido que durante a adolescência os problemas de sono são pouco valorizados e por isso pouco acompanhados ou encaminhados para um especialista (Meltzer & Mindell, 2008).

A insónia é destacada como o distúrbio do sono mais prevalente entre os adolescentes afetando 9-35% dos adolescentes (Mindell & Owens, 2010). A insónia em adolescentes está associada com fatores demográficos e psicossociais. Relativamente a determinantes demográficos, os estudos mostraram maior índice de insónia em

raparigas e em adolescentes mais velhos (Amaral, Pereira, Martins, Serpa, & Sakellarides, 2013; Mindell & Owens, 2010). Para além disso, foi encontrado que pelo menos 16% dos adolescentes sofrem de insónia clinicamente significativa (Morrison *et al.*, 1992; Ohayon, Caulet, & Lemoine, 1998; Roberts, Roberts, & Chen, 2000).

As perturbações de sono extrínsecas são muito frequentes na adolescência (Mindell & Owens, 2010), e incluem, perturbação da higiene do sono inadequada, síndrome de sono insuficiente e perturbação do estabelecimento de tempo limite do sono (ICSD, 2005).

A perturbação da higiene do sono inadequada diz respeito à realização de atividades de rotina inconsistentes com um padrão de sono e vigília adequados. Tais atividades são essencialmente voluntárias e podem ser divididas em práticas que aumentem o nível de vigília (*e.g.*, uso excessivo de cafeína, consumo de álcool à noite, exercícios físicos antes de deitar) e práticas que interferem com a organização do padrão sono-vigília (*e.g.*, variações excessivas nos horários de deitar e acordar e do tempo total de sono, sesta excessivas) (ICSD, 2005).

A síndrome do sono insuficiente é caracterizada por uma quantidade de sono noturna deficitária causando sonolência diurna. Geralmente a privação do sono é voluntária e ligada a um determinado estilo de vida ou pressão social. Também fazem parte do diagnóstico os hábitos de sono e a presença de sonolência diurna sem outra etiologia. Algumas consequências desta perturbação são a perturbação crónica do humor, a perturbação do funcionamento social, os acidentes de viação ou as lesões no trabalho (ICSD, 2005). Na adolescência o adiamento da hora de deitar, bem como a discrepância entre as horas de deitar durante a semana e fim-de-semana, contribuem para um menor número de horas de sono e para o sono insuficiente (Crowley, Acebo, & Carskadon, 2007).

A perturbação do estabelecimento de tempo limite de sono é caracterizada como sendo um distúrbio da infância e do início da adolescência, caracterizando-se pela aplicação inadequada do estabelecimento da hora de deitar pelo cuidador, fazendo com que a criança/adolescente recuse-se a ir para a cama no momento apropriado. As principais complicações são o sono insuficiente, com irritabilidade, diminuição da atenção e do desempenho escolar, e aumento das tensões familiares (ICSD, 2005).

1.4. Qualidade do sono e consequências do sono perturbado

Como já foi referido é hoje reconhecido que uma percentagem elevada de adolescentes têm menor qualidade de sono do que seria adequado (Dahl & Lewin, 2002; Mindell & Owens, 2010). Segundo LeBourgeois e colaboradores (2005) um adolescente com uma boa qualidade do sono é definido como aquele que na hora de deitar não apresenta dificuldades em ir para a cama, transita sem esforço da vigília para o sono, mantém um sono tranquilo, não apresenta dificuldades em voltar a dormir após despertares noturnos, e de manhã faz a passagem para a vigília com facilidade.

Tendo como objetivo estudar a qualidade do sono e as práticas da higiene do sono, LeBourgeois e colaboradores (2005) realizaram um estudo com 776 adolescentes italianos e 572 americanos, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos, sendo que 655 eram rapazes e 693 raparigas. Nesse estudo os autores utilizaram um questionário de qualidade do sono (AQSA) com 5 domínios da qualidade do sono, nomeadamente “hora de deitar”, “adormecer”, “manter o sono”, “retomar o sono” e “acordar”. Os resultados mostraram que, em relação à qualidade do sono o domínio com piores resultados era “acordar”, constatando-se assim que é relativamente difícil para os adolescentes passarem para a vigília após uma noite de sono. Os melhores resultados foram encontrados no domínio “retomar o sono”, sugerindo que os adolescentes sentem maior facilidade em voltar a dormir quando acordam durante a noite. Foram encontradas diferenças entre os géneros com os rapazes a mostrar melhor qualidade do sono. Quanto a diferenças relativas à idade não foram constatadas diferenças significativas entre os grupos. Considerando a cultura, foram encontradas diferenças significativas com os adolescentes italianos a mostrar melhor qualidade do sono. Os resultados da regressão linear múltipla mostraram que, relativamente às variáveis sociodemográficas, tanto para adolescentes italianos como para os americanos, apenas a preferência circadiana exerceu um efeito significativo na qualidade do sono, não se constatando diferenças significativas relativamente ao género e à idade. Para a amostra dos adolescentes italianos foi constatado que os domínios “ativadores cognitivos” e “ativadores emocionais” exerceram efeito significativo na qualidade do sono. Nos adolescentes americanos os resultados demonstraram efeitos significativos dos domínios “ativadores cognitivos”, “ativadores emocionais”, “ambiente em que se adormece” e “ativadores comportamentais” na qualidade do sono.

Num estudo realizado por Reid, Maldonado, e Baker (2002) com 825 estudantes na África do Sul, 61% da amostra foi constituída por raparigas com idades entre os 14 e os 20 anos e 90% da amostra total tinha entre 15 - 17 anos. Os resultados da Regressão Linear Múltipla mostraram que os períodos de latência longos, um maior número de despertares noturnos e o uso de medicação eram preditores significativos de uma baixa perceção de qualidade do sono. O género e a idade não exerceram um efeito significativo na qualidade do sono.

Como já foi referido anteriormente o presente estudo dá continuidade ao elaborado por Cortez (2014). Nesse estudo a escala AQSA (LeBorgeois *et al.*, 2005) foi aplicada a uma amostra de 378 sujeitos com idades compreendidas entre os 14 e os 18. À semelhança do estudo de LeBourgeois e colaboradores (2005), o domínio com melhores resultados médios foi o “retomar o sono” e o domínio com resultados mais baixos foi o “acordar”. Comparativamente, Cortez (2014) encontrou diferenças de género significativas face à hora de deitar e ao adormecer, sendo que as raparigas reportaram melhor qualidade de sono nesses domínios. Com relação à idade, constatou diferenças significativas relativas à escala completa, uma vez que os adolescentes mais velhos apresentaram resultados mais elevados de qualidade do sono. Relativamente às diferenças face à perceção de problemas de sono, os adolescentes que afirmaram terem problemas de sono reportaram resultados significativamente mais baixos de qualidade de sono em todos os domínios da escala e na escala completa. O estudo de regressão linear efetuado revelou que as variáveis higiene do sono e crenças disfuncionais sobre o sono são preditoras significativas da qualidade do sono. O género e a idade não exercem efeito significativo na qualidade do sono.

No estudo, já mencionado, conduzido por Giannotti e Cortesi (2010) foram obtidas diferenças de género relativamente à qualidade do sono, as raparigas reportaram mais dificuldades em adormecer, no entanto essa diferença não era significativa. Ainda, em relação ao género, as raparigas obtiveram melhores resultados de qualidade do sono que os rapazes. Relativamente à idade, a perceção negativa da qualidade do sono manifestou uma tendência em aumentar com a idade, para ambos os géneros. Os resultados da regressão linear revelaram que as variáveis independentes (*i.e.*, despertares noturnos, insónia inicial, horas de levantar matutinas, depressão, ansiedade) eram preditoras significativas de uma baixa perceção de qualidade do sono.

Ainda a respeito da qualidade do sono outros estudos realizados na Europa, Ásia e nos Estados Unidos sugerem que entre 6% e 37% dos adolescentes relatam dificuldades ≥ 1 nas seguintes dimensões comportamentais da qualidade do sono: hora de deitar (Carskadon, 2002; Price, Coates, Thoresen, & Grinstead, 1978), adormecer (Gau & Soong, 1995; Giannotti & Cortesi, 2002; Liu, Uchiyama, Okawa, & Kurita, 2000; Manni *et al.*, 1997; Morrison, McGee, & Stanton, 1992; Tynjala, Kannas, Levalahti, & Valimaa, 1999), manter o sono (Giannotti & Cortesi, 2002; Morrison *et al.*, 1992; Ohayon, Roberts, Zulley, Smirne, & Priest, 2000; Strauch & Meier, 1988), retomar o sono (Giannotti & Cortesi, 2002; Liu *et al.*, 2000; Morrison *et al.*, 1992), e acordar (Bearpark & Mitchie, 1987; Gau & Soong, 1995; Giannotti & Cortesi, 2002; Strauch & Meier, 1988).

Um sono *reparador* pressupõe uma adequada duração, qualidade e *timing*/momento em que o mesmo acontece. Com efeito, a restrição do tempo de sono, uma pobre qualidade de sono, horários irregulares ou desajustados das exigências diurnas, podem ter, combinados ou por si só, consequências sobre o funcionamento durante o dia (Gomes, Tavares, & Pinto de Azevedo, 2009).

O sono insuficiente e de má qualidade são mais prevalentes em crianças pobres e de minorias étnicas, sendo consistente com evidências empíricas (Gellis, 2011) e com um quadro de disparidade na saúde (Buckhalt, 2011). No entanto, as diferenças individuais podem ser eficazes e a identificação de vulnerabilidade e fatores de proteção nessas associações podem esclarecer para quem e em que condições o sono pode ser mais ideal ou perturbado (El-Sheikh, Kelly, Sadeh, & Buckhalt, 2014).

Existe evidência em relação à associação entre a qualidade do sono e a qualidade da vigília, estando a perturbação de sono relacionada com a alteração do funcionamento físico e psicológico dos adolescentes (*e.g.*, sonolência, flutuações do humor, ansiedade, baixa autoestima, lentidão de raciocínio, perda de memória, mau desempenho escolar e pessoal, predisposição a acidentes) (Del Ciampo, 2012). Uma higiene do sono inadequada tem como consequências outro tipo de perturbações (*e.g.*, distúrbios do humor (irritabilidade, depressão, labilidade emocional); fadiga e letargia diurna (queixas somáticas); disfunção cognitiva (*deficits* de atenção, memória, concentração); problemas acadêmicos, uso de medicamentos estimulantes e de potenciadores de vigília (café, tabaco e álcool); acidentes e lesões; diminuição da saúde física e

mental, obesidade e ganho de peso (Brown, Buboltz Jr, & Soper, 2002; Mindell & Owens, 2010; Singh & Kenney, 2013; Van den Bulck, 2004).

A duração e qualidade do sono noturno desempenham um papel importante na saúde dos adolescentes, que estão num período de intensa aprendizagem e diferenciação, tem impacto significativo no seu bem-estar e estando associada a problemas comportamentais e neuro cognitivos, principalmente distúrbios de aprendizagem e *deficit* de atenção (Alfano *et al.*, 2009; Paavonen *et al.*, 2002).

A duração e a qualidade do sono têm sido associadas à obesidade e ao risco de doença cardiometabólica (Chen *et al.*, 2008; Knutson, 2012), à má nutrição e à diminuição da atividade física (Mindell & Owens, 2010).

Quanto à perturbação psicológica os estudos têm mostrado a associação entre má qualidade do sono e perturbações de humor (*i.e.*, depressão, ansiedade) (Alfano *et al.*, 2009), dificuldades cognitivas gerais (por exemplo, falta de resolução de problemas e dificuldades de atenção), e aumento dos consumos (*e.g.*, drogas e álcool) (Mindell & Owens, 2010). A privação parcial do sono (menos de 6 horas de sono por noite) está associada a *deficits* de atenção, concentração, memória e pensamento crítico, juntamente com o aumento da depressão, irritabilidade e ansiedade (Alfano *et al.*, 2009; Paavonen *et al.*, 2002; Pinto, Amaral, Silva, Silva, Leal, & Paiva, 2012).

Relativamente ao funcionamento cognitivo e ao desempenho académico um estudo realizado em Portugal encontrou a privação de sono crónica prevalente em 21% a 75% da amostra de adolescentes estudada (Silva *et al.*, 2011). A privação do sono resulta em risco acrescido para perturbação do funcionamento cognitivo, fadiga, problemas comportamentais ou emocionais, lesões e acidentes de viação (Pizza *et al.*, 2010). Curcio e colaboradores (2006) encontraram associação entre estudantes que dormem menos do que o necessário e resultados académicos mais baixos, níveis inferiores de atenção e concentração, comparativamente aos seus colegas que tinham horas adequadas de sono.

Quanto às relações sociais a literatura destaca a relação entre os problemas de sono e os níveis elevados de irritabilidade, agressividade e menor apetência social (Stores, 2009).

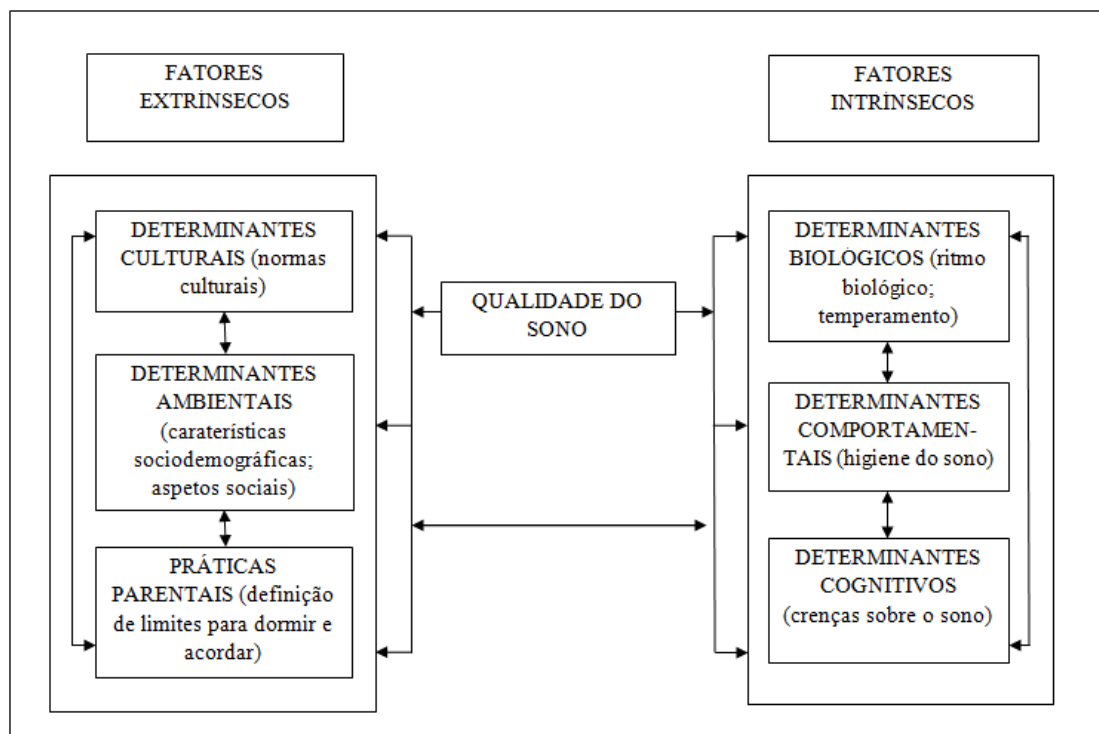
Em relação às diferenças das perturbações de sono entre rapazes e raparigas os resultados dos estudos são ainda inconsistentes, e se alguns encontraram diferenças que apontam para pior qualidade de sono nas raparigas (Giannotti *et al.*, 2002; Danner, 2000) outros verificaram que são os rapazes que dormem menos (Tonetti, Fabbri, & Natale, 2008).

1.5. Determinantes do sono na adolescência

Como esquematizado no mapa conceptual que serve de orientação ao presente estudo (Figura 1) a abordagem mais recente considera que o sono resulta da conjugação de fatores extrínsecos, de ordem cultural e ambiental, e de fatores intrínsecos, de ordem individual (Carskadon, 2010; Sadeh & Anders, 1993).

Considerando os objetivos deste estudo serão apenas aprofundadas os determinantes temperamento, higiene do sono, crenças disfuncionais em relação ao sono, e as práticas parentais (*i.e.*, controlo parental da hora de deitar) em relação ao sono.

Figura 1: Mapa Conceptual - Determinantes do sono



1.5.1. Fatores intrínsecos

1.5.1.1. Temperamento

Nos últimos anos tem havido um interesse crescente sobre o estudo das diferenças individuais no temperamento de crianças e adolescentes (Muris, Meesters, Blijlevens, 2007). Geralmente assume-se que as disposições temperamentais são a base para o desenvolvimento da personalidade (Rothbart, Ahadi, & Evans, 2000; Rothbart, Ellis, & Posner, 2004; Rothbart & Bates, 2006). O temperamento pode ser considerado como as diferenças individuais de ordem biológica que moldam as respostas das crianças e dos adolescentes à (stressante) estimulação ambiental, e que têm um papel importante no funcionamento social e emocional e especificamente no desenvolvimento de síndromes psicopatológicos (Muris & Ollendick, 2005; Rothbart *et al.*, 2000; Rothbart & Bates, 2006).

O temperamento relaciona-se com a natureza emocional e a qualidade do humor predominante e é relativamente estável ao longo do tempo (Caspi *et al.*, 2003; Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993). No entanto embora a base genética do temperamento seja frequentemente enfatizada, os perfis de temperamento e de personalidade em pessoas de diferentes culturas também podem ser moldados por normas sociais, ambientes morais, dinâmicas de grupo, práticas típicas da educação infantil, valores e expectativas relativamente a traços, que diferem substancialmente entre culturas (Gaias, Garstein, Fisher, Putnam, Räikkönen, & Komsí, 2012).

Segundo a abordagem neurobiológica do desenvolvimento (Rothbart, 1981; 1989; 2012; Rothbart & Bates, 1998) o temperamento define-se pelas diferenças individuais de base constitucional que se expressam ao nível da reatividade e da autorregulação. A reatividade refere-se à ativação fisiológica (*i.e.*, neuro endócrina, do sistema nervoso autónomo e dos sistemas associados ao afeto) e pode ser avaliada entre os polos, resposta de maior ativação *versus* de maior latência, intensidade da resposta, e tempo de reação. A autorregulação refere-se aos processos comportamentais e neurológicos que modulam a reatividade, *i.e.*, que “aumenta, diminui, mantêm e reestrutura de uma forma antecipatória ou correlacional o padrão de reatividade (Rothbart & Derryberry, 1981, pp. 51-52).

O modelo do temperamento de Rothbart e colaboradores (Ellis & Rothbart, 2001; Rothbart, 1981; Rothbart & Bates, 1998; 2006) identifica três fatores que integram várias subdimensões:

- Afetividade Negativa, que se refere à propensão para experienciar sentimentos de raiva, ansiedade, e tristeza;
- Extroversão, que envolve afetividade positiva, nível elevado de atividade, assertividade, procura de sensações positivas, a alegria e alta intensidade de prazer;
- Controlo com esforço, que envolve processos como a regulação da atenção (*e.g.*, capacidade para focar a atenção como necessário), assim como a regulação do comportamento (*i.e.*, capacidade para inibir o comportamento como apropriado).

Enquanto a afetividade negativa e a extroversão são consideradas fatores temperamentais reativas que, em grande medida determinam o comportamento reflexivo das crianças quando expostas a estímulos ambientais desafiadoras, o controlo com esforço refere-se a processos de autorregulação (Posner & Rothbart, 2007; Rothbart & Bates, 1998; 2006).

Os estudos com o objetivo de identificar as associações entre o temperamento e os problemas de sono em adolescentes são ainda escassos (Moore, Slane, Mindell, Burt, & Klump, 2010). No entanto resultados de investigações quer com bebés, quer com crianças pequenas e quer ainda com crianças em idade escolar têm mostrado relação entre as características do temperamento e perturbações do sono (El-Sheikh & Buckhalt, 2005; Gau, 2000; Owens-Stively *et al.*, 1997; Sadeh, Lavie, & Scher, 1994).

Assim, no estudo desenvolvido por Sadeh e colaboradores (1994) com 63 bebés e crianças pequenas (37 meninos e 26 meninas) com distúrbios do sono, entre os 9 e os 24 meses, tendo como grupo de controlo 35 bebés e crianças pequenas (19 meninos e 16 meninas) entre os 11 e os 27 meses, os resultados mostraram que as crianças com perturbações do sono foram descritas pelas mães como tendo temperamento menos adaptativo, mais distraído, e mais exigente, e como mais sensíveis e responsivas a estímulos sensoriais. Os resultados encontraram associações entre frequentes despertares noturnos e baixos limiares sensoriais.

Owens-Stively e colaboradores (1997) realizaram um estudo com uma amostra constituída por crianças cuja média de idades era igual a 5,7 anos, foram realizadas comparações entre 52 crianças sem uma perturbação do sono significativa e três subgrupos que incluíam 33 crianças com apneia do sono, 16 com parassónias e 31 com problemas comportamentais do sono. O estudo avaliou a relação entre temperamento, perturbações do sono, comportamento diurno e estilos parentais. Os resultados demonstraram que no grupo de crianças com problemas comportamentais do sono a emotividade temperamental estava associada a um elevado nível de perturbações do sono. Os resultados revelaram associação entre o controlo parental desleixado e os problemas de sono na população pediátrica, e foi encontrada relação entre o temperamento negativo e os problemas comportamentais do sono.

Num outro estudo realizado por El-Sheikh & Buckhalt (2005) com 23 rapazes e 18 raparigas, entre 6 e 12 anos, os resultados revelaram associações entre o género e a intensidade emocional, com as raparigas a manifestarem níveis mais elevados que os rapazes. Os resultados também mostraram que uma maior intensidade emocional estava relacionada com relatos mais elevados de problemas de sono, menor duração do sono e mais atividade durante a noite.

Quanto aos adolescentes, Moore e colaboradores (2010) hipotetizaram que dimensões do temperamento relacionadas com neuroticismo (*e.g.*, afetividade negativa) e distração/impulsividade estariam significativamente relacionadas com problemas de sono em adolescentes. Os resultados do estudo realizado com 516 adolescentes e as mães, com idades compreendidas entre os 10 – 16 anos mostraram que pontuações elevadas nos *scores* relativos a problemas de sono estavam relacionadas com os fatores “controlo com esforço” e “afetividade negativa” do temperamento em adolescentes, o que é consistente com os resultados em bebés, crianças pequenas e crianças em idade escolar (El Sheikh & Buckhalt, 2005; Owens-Stively *et al.*, 1997; Sadeh, Lavie, & Scher, 1994).

Também Gau (2000) realizou um estudo com 965 estudantes (474 rapazes e 491 raparigas) do ensino secundário em Taipei, com idades compreendidas entre 12-15 anos, e com os respetivos pais, com o objetivo de estudar a relação entre os problemas de personalidade e os problemas de sono. Os resultados comprovaram que pontuações elevadas de neuroticismo estavam associadas a horas de deitar tardias durante a semana,

duração de sono mais curta, hábitos de sono de maior risco, problemas de sono, e mais sonolência diurna.

Assim, embora pareça que o temperamento mais difícil esteja associado com dificuldades de sono, menos se sabe sobre associações entre práticas de higiene do sono e temperamento (Wilson *et al.*, 2014). Esta constatação levou os autores a realizarem um estudo em que foi avaliado a relação entre higiene do sono e a resistência na hora de ir para a cama e em que foi avaliado se as associações eram influenciadas pelo temperamento da criança. A amostra foi constituída por 374 crianças com idades compreendidas entre 3 e 5 anos. Os resultados mostraram que crianças com mais dificuldades temperamentais manifestam piores hábitos de higiene do sono e manifestam mais resistência na hora de ir para a cama. Entre as crianças que apresentaram temperamento mais difícil, as melhores práticas de higiene do sono estavam associadas a menor resistência para deitar. Entre as crianças com temperamento menos difícil, os resultados mostraram que a higiene do sono não estava associada com a resistência na hora de deitar. Os autores concluíram que práticas consistentes de higiene do sono estão associadas com menor resistência na hora de deitar e que isso pode ser vantajoso na redução da resistência na hora de ir para a cama entre crianças com problemas de temperamento.

1.5.1.2. Higiene do sono

A higiene do sono é definida como “a prática de vários comportamentos que otimizam e promovem um sono de qualidade e um bom funcionamento durante a vigília” (Noland, Price, Dake, & Telljohann, 2009). Estas práticas incluem o evitar de sesta ao fim do dia e o consumo de álcool, tabaco e cafeína antes de deitar; seguir uma rotina de sono; evitar atividades antes de dormir que são fisiológica, cognitiva e emocionalmente ativadoras; dormir sozinho; não usar a cama para atividades que não sejam o dormir; dormir em um ambiente confortável e tranquilo, livre de toxinas; e manter um horário de sono estável (American Sleep Disorders Association, 1990; Zarcone, 2002).

A literatura mostra evidência de que os adolescentes frequentemente apresentam atrasos na hora de dormir atribuíveis não só a alterações fisiológicas, mas também, quer a atividades sociais que derivam de pressões dos pares e de outras exigências da sociedade/escola, quer ao aumento progressivo da autonomia para estabelecer a hora de

deitar (Wiggins & Freeman, 2014). Para além disso padrões cognitivos e comportamentais também têm sido relacionados com alterações do sono (Harvey, Tang, & Browning, 2005; Sadeh, 2007). Destaca-se, ainda, a utilização de dispositivos eletrónicos como consolas, televisão, computador (Carskadon, 2010; Nuutinen *et al.*, 2014; Van den Bulck, 2007), o consumo de estimulantes e de bebidas alcoólicas (*e.g.*, cafeína, medicamentos) (Mindell & Owens, 2010; Reid *et al.*, 2002).

No estudo realizado por Storfer-Isser e colaboradores (2013), com o objetivo de avaliar as propriedades psicométricas da Escala de Higiene do Sono para Adolescentes (EHSA), participaram 514 adolescentes, com idades compreendidas entre os 16 e os 19 anos, 49% rapazes. Em relação à estatística descritiva foram obtidas pontuações mais elevadas nos itens “Durante os fins-de-semana fico a pé mais de 1 hora depois da minha hora habitual de deitar”, “1h antes de ir para a cama faço coisas que me fazem sentir muito disperso (*e.g.*, jogar videojogos, ver televisão ou falar ao telefone)”, e “Uso a minha cama para atividades que não dormir (*e.g.*, falar ao telefone, ver televisão, jogar videojogos, fazer os trabalhos de casa)”. Os dois itens com médias mais baixas foram as duas pertencentes à escala do consumo de substâncias, com mais de 80% dos adolescentes a relatarem que nunca fumam tabaco ou consomem álcool após as 18h. Relativamente às associações entre os domínios da EHSA e as características do sono os resultados mostraram associações entre pontuações elevadas de higiene do sono e maior duração do sono, menor variação na duração do sono, melhor eficiência do sono, ir para a cama mais cedo, tempo médio de sono, menor latência do sono, e menor sonolência diurna. Os domínios “ativadores fisiológicos” e “ambiente em que se adormece” estavam positivamente associados com a eficiência do sono. Pontuações elevadas nos domínios “ativadores cognitivos e emocionais” e “sonolência diurna” estavam associados com a duração do sono. A hora de ir para a cama estava negativamente associada aos domínios “ativadores comportamentais”, “ativadores cognitivos e emocionais”, “estabilidade do sono” e “sonolência diurna”.

No estudo anteriormente referido de LeBorgeois e colaboradores (2005), os autores verificaram que relativamente à higiene do sono (medida através da Escala de Higiene do Sono para Adolescentes) os adolescentes mostraram valores mais negativos nos domínios “ativadores cognitivos” e “estabilidade do sono” e mais positivos no domínio “consumo de substâncias”. Comparativamente os adolescentes italianos apresentaram valores mais elevados nos domínios consumo de substâncias e sestas, e

valores menos elevados no domínio estabilidade do sono. Os adolescentes americanos obtiveram valores mais altos no domínio consumo de substâncias, e mais baixos nos domínios ativadores cognitivos e estabilidade do sono. Os resultados demonstram que os adolescentes italianos manifestam melhores hábitos de higiene do sono e relatam melhor qualidade do sono. Quanto às correlações obtidas entre a qualidade do sono e a higiene do sono, a mais significativa foi entre os domínios “manter o sono” e “ativadores emocionais”, tendo os adolescentes italianos obtidos uma correlação mais significativa. Neste estudo as práticas de higiene do sono mostraram ser preditivas de uma boa qualidade do sono.

No estudo realizado por Cortez (2014) com a utilização da mesma escala (EHSA) foram encontrados melhores resultados nos domínios “consumo de substâncias” e “sestas”. Os valores menos elevados de higiene surgiram no domínio “ativadores cognitivos e emocionais”, demonstrando que as maiores dificuldades dos adolescentes se centram em conseguir controlar preocupações e/ou emoções fortes na hora de deitar. Em relação ao género constatou-se que as raparigas têm melhores hábitos de higiene do sono nos domínios ativadores cognitivos e emocionais, ativadores comportamentais e fisiológicos, consumo de substâncias e rotinas. Os adolescentes mais velhos apresentaram melhores hábitos de higiene do sono no domínio ativadores cognitivos e emocionais, e os mais novos nos domínios sestas e substâncias.

As estratégias de higiene do sono incluem uma série de mudanças comportamentais e ambientais que podem ajudar o sono, incluindo o evitar comer, beber, fumar e consumir álcool perto da hora de deitar, reduzir o ruído e luz no quarto, manter a temperatura ambiente confortável, e vestir roupas que sejam propícias para dormir. Evitar atividades perto da hora de dormir, tais como o exercício físico ou tarefas escolares ou laborais que possam causar excitação, são tipos de estratégias de higiene do sono sugeridas para incentivar a qualidade do sono (Drake, 2007; Jacobs, Bent, Tice, Blackwell, & Cummings, 2005; LeBourgeois *et al.*, 2005; Mastin, Bryson, & Corwyn, 2006; Napoli, 2005; Nguyen, Yu, & Song, 2005; Parker, Nadolski, Adams, & Valerio, 2007; Shub, Darvishi, & Kunik, 2009; Thorpy, 2007; Ward, 2006; Wessell & Weart, 2005).

1.5.1.3. Crenças sobre o sono

Segundo o modelo cognitivo da insónia (Harvey, 2002) as crenças disfuncionais sobre o sono (*e.g.*, achar que vai enlouquecer se não conseguir dormir bem uma noite, sentir que não tem controlo sobre os pensamentos antes de adormecer, etc.) têm um papel fulcral na manutenção de problemas de sono, uma vez que provocam uma ativação cognitiva intensa que interfere com o adormecimento.

Ao longo da última década, crenças disfuncionais e atitudes sobre o sono, medidas através da escala de crenças disfuncionais e atitudes sobre o sono (DBAS: Morin, Stone, Trinkle, Mercer, & Remsberg, 1993) têm mostrado estar associadas à insónia dos adultos, e incorporado na terapia cognitivo-comportamental (TCC) para a insónia, um componente que visa combater essas crenças (*e.g.*, Edinger, Wohlgemuth, Radtke, Marsh, & Quillian, 2001; Morin, Colecchi, Stone, Sood, & Brink, 1999). Especificamente, os adultos com insónia têm crenças e atitudes mais disfuncionais sobre o sono em relação às pessoas que dormem bem (Morin *et al.*, 1993).

Na literatura os estudos sobre a influência das crenças disfuncionais do sono dos adolescentes são muito escassos.

No estudo conduzido por Gregory, Cox, Crawford, Holland, e Harvey (2009) em que foi utilizada a Escala de Crenças Disfuncionais sobre o Sono (ECDS), tendo como objetivo avaliar as associações entre as atitudes e crenças disfuncionais sobre o sono e os distúrbios do sono em crianças. A amostra foi constituída por 123 crianças (49% rapazes) entre os 8 – 10 anos. Os resultados mostraram que, relativamente ao género, as raparigas obtiveram pontuações mais elevadas. Não foram constatadas diferenças relativamente à etnia. Os resultados da regressão linear mostraram que os domínios “consequências da insónia”, “controlo do sono” e “atribuições causais da insónia” eram preditivos dos distúrbios do sono. Este resultado é consistente com a literatura adulta (Morin *et al.*, 1993).

No estudo de Cortez (2014) em que foi utilizada a Escala de Crenças Disfuncionais Sobre o Sono (ECDS) com os domínios “crenças sobre as consequências da insónia” e “estratégias para o controlo da insónia”, os resultados mostraram que o domínio “estratégias para o controlo da insónia” estava negativamente associada ao domínio “manter o sono” da escala de Avaliação da Qualidade do Sono para

Adolescentes (AQSA). Os resultados mostraram, ainda, que o domínio “estratégias para o controlo da insónia” e a escala global estavam negativamente associadas ao domínio “ativadores cognitivos e comportamentais” da EHSA. Tendo em consideração o género, foi possível constatar que as raparigas revelam ter mais crenças disfuncionais sobre as consequências das insónias. Relativamente à idade, os adolescentes mais novos obtiveram resultados mais elevados nas crenças disfuncionais face a estratégias para controlar/lidar com a insónia. Neste estudo as crenças disfuncionais sobre o sono mostraram ter um valor preditivo muito fraco em relação à qualidade do sono.

1.5.2. Fatores extrínsecos

1.5.2.1. Práticas parentais

O controlo parental (determinante extrínseco) na adolescência é descrito na literatura como uma prática que deve ser adaptada e flexibilizada comparativamente às práticas usadas com crianças (Cordeiro, 2013), pelo facto de a adolescência ser caracterizada como uma etapa do desenvolvimento marcada pela construção da autonomia (Schulenberg, Sameroff & Cicchetti, 2004) e por mudanças fisiológicas (Colrain & Baker, 2011). No entanto, esse facto não significa que as práticas parentais devam ser negligenciadas, visto que a investigação sobre esta problemática já demonstrou que os adolescentes a quem é dada, muito cedo, completa liberdade para escolher as horas de deitar, dormem significativamente menos que aqueles que têm algum tipo de limite determinado pelos pais (Carskadon, 1990, 2010).

Vários estudos têm encontrado associações entre o controlo parental e um padrão mais estável de horas de dormir e acordar, fundamental para uma boa higiene do sono (Gangwish *et al.*, 2009; Noland *et al.*, 2009; Short, Gradisar, Wright, Lack, Dohnt, & Carskadon, 2011).

No estudo de Short e colaboradores (2011) realizado com uma amostra de 385 adolescentes (60% rapazes), entre os 13-18 anos, os objetivos do estudo foram determinar a proporção de adolescentes cuja hora de deitar era estabelecida pelos pais e avaliar se o controlo parental estava associado com horas de deitar mais cedo, melhor funcionamento diurno e melhor qualidade do sono. Relativamente ao género os resultados mostraram uma maior presença de controlo parental nos rapazes. Quanto à idade os adolescentes mais novos são aqueles cujos pais estabelecem mais a hora de deitar. Os resultados mostraram que 17,5% dos adolescentes têm a hora de deitar

determinada pelos pais, mas apenas durante a semana. Os resultados mostraram, ainda, que os adolescentes com controlo parental deitam mais cedo, têm melhor qualidade do sono e experienciam melhor vigília diurna e menos fadiga, quanto ao tempo para adormecer não foram observadas diferenças entre os grupos. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos durante o fim-de-semana.

No estudo de Cortez (2014) o controlo parental apenas mostrou ser significativo para as horas dormidas durante a semana, sendo que são os adolescentes cujas horas de deitar são estabelecidas pelos pais aqueles que dormem mais. Em relação ao género não foram observadas diferenças significativas entre aqueles que têm a hora de deitar controlada pelos pais e aqueles que definem a sua própria hora de deitar. Quanto à idade os resultados mostraram que existe maior controlo parental nos adolescentes mais novos. Relativamente à qualidade do sono foram encontradas diferenças no domínio “hora de deitar” entre os adolescentes com e sem controlo parental da hora de deitar, com melhores resultados quando os pais definem essa hora. Quanto à higiene do sono os adolescentes cujas horas de deitar são definidas pelos pais apresentaram resultados mais elevados nos domínios “ativadores comportamentais e fisiológicos”, “sestas” e “consumo de substâncias”. Em relação às crenças disfuncionais sobre o sono os resultados mostraram diferenças no domínio “estratégias para o controlo da insónia”, com os adolescentes com controlo parental da hora de deitar a manifestarem crenças mais disfuncionais. No entanto no estudo de Cortez o controlo parental não mostrou ser preditivo da qualidade do sono.

1.6. Objetivos do estudo

O presente estudo decorre do realizado por Cortez (2014) pretendendo dar-lhe continuidade no que diz respeito à diversidade e número da amostra. Ainda, atendendo às suas conclusões, que apontaram para a relevância dos aspetos intrínsecos na qualidade do sono acrescenta-se neste estudo uma nova dimensão, o temperamento.

Assim, considerando a revisão de literatura apresentada, os resultados do estudo de Cortez (2014), o presente estudo tem três objetivos 1) Descrever o padrão de sono de uma amostra comunitária de adolescentes portugueses, considerando variáveis demográficas e as dimensões da qualidade percebida, higiene do sono, crenças disfuncionais em relação ao sono, o temperamento e o controlo parental da hora de

deitar; 2) Estabelecer as associações entre as variáveis em estudo; e 3) Estudar a contribuição das variáveis em estudo para a qualidade do sono.

Em relação ao primeiro conjunto de objetivos pretende-se:

- a) Descrever o padrão de sono dos adolescentes, hora de deitar, hora de acordar e horas dormidas, considerando idade, género, e controlo parental da hora de deitar
- b) Descrever a qualidade do sono percebida
- c) Descrever a higiene do sono
- d) Identificar as crenças disfuncionais sobre o sono;

Em relação ao segundo conjunto de objetivos pretende-se:

- a) Analisar as associações entre as variáveis demográficas, a qualidade do sono, a higiene do sono, as crenças disfuncionais sobre o sono, o temperamento e o controlo parental

Em relação ao terceiro conjunto de objetivos pretende-se:

- b) Analisar um modelo preditivo da qualidade do sono considerando as variáveis demográficas, o controlo parental e as dimensões higiene do sono, crenças disfuncionais sobre o sono e temperamento.

2. Metodologia

2.1. Caracterização metodológica do estudo

Esta investigação é caracterizada como sendo exploratória, tendo em conta que a literatura sobre as variáveis em análise não é vasta; transversal, visto que os dados utilizados foram recolhidos num momento único, não havendo seguimento da amostra estudada.

Por se apresentar a caracterização do comportamento da amostra em estudo, a investigação também pode ser classificada como sendo de tipo descritivo.

Este estudo é classificado como tendo um *design* correlacional, e preditivo. Correlacional porque teve como objetivo o estudo das associações entre as variáveis, e preditiva porque foi estudada a contribuição das variáveis independentes higiene do sono, crenças disfuncionais sobre o sono e temperamento para a variável dependente, qualidade do sono.

Neste estudo foi utilizado uma abordagem quantitativa, ou seja, para a avaliação dos participantes quanto às variáveis em estudo, foram utilizadas escalas com uma base numérica, que depois conduziram a análises estatísticas dos resultados.

2.2. População e amostra

Foi definida como população para o estudo os adolescentes, com idades compreendidas entre os 13 e os 19 anos, a frequentar uma Escola Básica e Secundária do ensino público em Lisboa. Os dados foram recolhidos em Novembro e Dezembro de 2014.

A amostra da investigação é comunitária e de conveniência. Como critérios de inclusão, foram definidos, para além da idade e da frequência no referido estabelecimento de ensino, não ter perturbação psiquiátrica diagnosticada conhecida, e ter sido obtido o consentimento parental para a participação. A participação foi voluntária.

Dos 164 questionários entregues aos alunos que frequentavam o 9º, 10º, 11º e 12º ano, foi obtida resposta válida a 164 (taxa de resposta de 100%). A amostra final foi assim composta por 164 sujeitos.

Como se pode observar na Tabela 1, as idades dos adolescentes que integraram o estudo estão compreendidas entre 13 e 19 anos ($M=15,37$; $DP=1,16$). 50,6 % dos sujeitos pertencem ao género feminino, e 73,7% vivem com ambos os pais. Relativamente à escolaridade, 30,5% dos participantes frequenta o 9º ano, 30,5% frequenta o 10º ano, 25,0% o 11º ano e 12,8% o 12º ano.

Tabela 1: Idade e Género dos participantes

	Género		
	Masculino	Feminino	Total
Idade			
13	1,2%	0,6%	1,8%
14	11,6%	10,4%	22,0%
15	18,3%	17,1%	35,4%
16	8,6%	15,2%	23,8%
17	7,9%	4,9%	12,8%
18	1,8%	1,8%	3,6%
19	0,0%	0,6%	0,6%
Total	49,4%	50,6%	100,0%

2.3. Instrumentos de recolha de dados

2.3.1. Questionário Sociodemográfico

Neste estudo foi utilizado o mesmo questionário sociodemográfico já usado no estudo de Cortez (2014) que é constituído pelas seguintes variáveis: idade, género, escolaridade e coabitação. Tendo em consideração os objetivos do estudo, este questionário inclui ainda variáveis de caracterização do sono do adolescente, designadamente se o adolescente considera ter problemas de sono, se dorme num espaço próprio, e se a hora de deitar é controlada pelo próprio ou por um adulto.

Em relação à perceção dos problemas de sono foi utilizada uma escala de três possibilidades de resposta: “sim, muitos”; “sim, alguns”; e “não”.

2.3.2. Escala de Avaliação da Qualidade do Sono na Adolescência (AQSA) (LeBourgeois *et al.*, 2015; versão portuguesa de Barros, Fernandes, & Rodrigues, 2014)

A AQSA é um instrumento de autorrelato, desenvolvido por LeBourgeois e colaboradores (2005), e adaptado a partir da sua versão original, construída para crianças.

A AQSA avalia a qualidade de sono percebida, através de cinco domínios: ir para a cama (5 itens), adormecer (6 itens), manter o sono (6 itens), reiniciar o sono após acordar durante a noite (6 itens), e passagem para a vigília (5 itens). O domínio “ir para a cama” estima a frequência de vários comportamentos/attitudes que precedem o adormecimento (*e.g.*, “Tento adiar ou atrasar a hora de ir para a cama”). O domínio “adormecer” procura descrever o momento de passagem da vigília para o sono (*e.g.*, “Tenho dificuldade em adormecer”). Os itens da “manutenção do sono” procuram avaliar a ocorrência de comportamentos durante o sono que possam perturbar a sua qualidade (*e.g.*, “Durante a noite, mexo-me e viro-me na cama”). O domínio de “reiniciação do sono após um período de vigília” diz respeito à capacidade e aos comportamentos que condicionam a retoma do sono após acordar durante a noite (*e.g.*, “Depois de acordar durante a noite, sinto medo”). O domínio de “passagem para a vigília”, procura caracterizar a prontidão para o novo dia, através da caracterização de comportamentos e attitudes perante o acordar (*e.g.*, “De manhã, acordo e sinto-me pronto/a para me levantar para um novo dia”).

A AQSA engloba um total de 28 itens, medidos através de uma escala de Likert de 5 pontos, cuja ancoragem se distribui entre “sempre” e “nunca”. Procura avaliar a frequência com que os comportamentos descritos nos itens ocorreram no último mês.

A cotação da escala geral e/ou das subescalas é obtida através da soma das respostas dadas aos itens em questão, sendo que pontuações mais altas indicam melhor qualidade do sono. Tal como indicado pelos autores da escala, os itens 3, 4, 7, 11, 17, 23, 24 e 25 foram revertidos para análise estatística.

O estudo original de avaliação das propriedades psicométricas da escala (LeBourgeois *et al.*, 2005) encontrou valores de consistência interna global (alfa de *Cronbach*) de 0,86, e a das subescalas a variar entre 0,64 e 0,82.

Nos estudos da versão portuguesa foi utilizada a consistência interna dos domínios e foram eliminados os itens cujas correlações item total eram inferiores a 0,2 e/ou baixavam significativamente a consistência interna do domínio. A estrutura obtida confirma os domínios da versão original com consistência interna (alfa de *Cronbach*) da escala total de 0,87 e valores de consistência interna dos domínios entre 0,79 (hora de deitar, adormecer e manter o sono), 0,81 (retomar o sono) e 0,82 (passagem para a vigília).

No presente estudo os valores de consistência interna, alfa de *Cronbach*, da escala global é de 0,82, e entre os domínios varia entre 0,69 (adormecer), 0,71 (hora de deitar), 0,72 (manter o sono), 0,78 (retomar o sono) e 0,79 (passagem para a vigília).

2.3.3. Escala de Higiene do Sono para Adolescentes (EHSA) (Storfer-Isser *et al.*, 2013; versão portuguesa Santos, Cortez, & Fernandes, 2014)

Esta escala foi desenvolvida por Storfer-Isser e colaboradores (2013), tendo sido adaptada a partir da sua versão para crianças (CSHS).

A EHSA (Storfer-Isser *et al.*, 2013) avalia a prática de hábitos que facilitam ou inibem o sono (higiene do sono), através de 8 domínios: ativadores fisiológicos (5 itens), ativadores cognitivos e emocionais (6 itens), ativadores comportamentais (3 itens), ambiente para adormecer (5 itens), sonolência diurna (2 itens), utilização de substâncias (2 itens), rotinas antes de adormecer (1 item) e estabilidade do sono (4 itens).

O domínio de “ativadores fisiológicos” reporta-se a um conjunto de rotinas relacionadas com questões orgânicas, que podem influenciar o sono (*e.g.*, “Vou para a cama com fome”). Os “ativadores cognitivos e emocionais” dizem respeito a atividades que estimulam o pensamento, ou a existência de pensamentos e emoções que condicionem o sono (*e.g.*, “Vou para a cama e penso nas coisas que tenho que fazer”; “Vou para a cama a sentir-me triste”). Os “ativadores comportamentais” correspondem às atividades voluntárias que o adolescente realiza e tendem a mantê-lo acordado, como por exemplo jogar videojogos. O “ambiente para adormecer” refere-se à caracterização do espaço físico que envolve o adolescente na hora de ir dormir, incluindo variáveis como a temperatura ou o barulho (*e.g.*, “Adormeço num quarto demasiado quente ou demasiado frio”). A “sonolência diurna” é estimada através de 2 itens, relativas à realização de sestas durante o dia (*e.g.*, “Durante o dia durmo uma sesta com duração superior a uma hora”). A “utilização de substâncias” reporta-se ao consumo de bebidas alcoólicas ou utilização de tabaco depois das 18h (*e.g.*, “Depois das 18h bebo cerveja (ou outras bebidas com álcool)”). O domínio das “rotinas para adormecer” é avaliado através de um item que avalia diretamente se o adolescente utiliza um conjunto de hábitos antes de ir dormir (“Eu tenho uma rotina antes de ir para a cama, por exemplo: tomar banho, lavar os dentes e ler”). Por último, a “estabilidade do sono” reporta-se à regularidade dos horários para adormecer e acordar durante a semana e o fim-de-semana

(e.g., “Durante os dias de aulas eu fico a pé mais de 1 hora depois da minha hora habitual de deitar”).

A EHSA tem um total de 28 itens, avaliados através de uma escala de Likert de 6 pontos, ancorados entre “sempre” e “nunca”. No final do questionário, é ainda inquirido aos adolescentes quais as suas horas habituais de deitar e levantar em dias de aulas e em dias livres. O resultado da escala ou das subescalas é obtido através da soma das respostas, sendo que resultados mais altos indicam melhores hábitos de higiene do sono. Tal como indicado pelos autores, todos os itens à exceção do 27 foram revertidos.

Os estudos psicométricos da escala original revelaram valores de consistência interna (alfa de *Cronbach*) da escala completa de 0,84 e a das subescalas a variar entre 0,60 e 0,78. A EHSA já foi utilizada com adolescentes entre os 12 e os 19 anos, italianos, americanos (LeBourgeois et al., 2005; Storfer-Isser et al., 2013) e recentemente alemães (Bruin, Kampen, Kooten, & Meijer, 2014).

Os estudos preliminares da versão portuguesa (Cortez, 2014) revelaram uma estrutura mais adequada de 7 domínios, que se apresentam em seguida:

Domínio 1 – “ativação cognitiva/emocional”, engloba os itens 9, 14, 15, 16, 17 e 29 e corresponde integralmente à dimensão “ativação cognitiva/emocional”, encontrada pelos autores no estudo da escala original (Storfer-Isser *et al.*, 2013).

Domínio 2 – “ambiente em que se adormece”, abrange os itens 18, 22, 23, 24 e 31, e corresponde parcialmente ao domínio designado da mesma forma pelos autores da escala original. No entanto, tendo-se verificado que esta componente englobava também outros itens cuja aglomeração não tinham sentido teórico foi considerado, no estudo de Cortez (2014), a sua não inclusão para as análises estatísticas.

Domínio 3 – “ativação comportamental/fisiológica”, engloba os itens 10, 11, 12, 13, 19, 21 e 28 e engloba os itens dos domínios “ativadores fisiológicos” e “ativadores comportamentais” da escala original.

Domínio 4 – “estabilidade do sono”, constituída pelos itens 30, 32 e 33. Comparativamente com a escala original, o item 31 ficou integrado na componente 2.

Domínio 5 – “sestas”, constituída pelos itens 1 e 4, corresponde integralmente à encontrada pelos autores originais.

Domínio 6 – “consumo de substâncias”, engloba os itens 6 e 7, correspondendo integralmente ao fator original “consumo de substâncias”.

Domínio 7 – “rotinas de sono”, à semelhança dos estudos originais a componente é somente composta pelo item 27.

Com a reorganização dos domínios, a versão portuguesa ficou com um valor de consistência interna (alfa de *Cronbach*) de 0,82.

No presente estudo foram obtidos valores de consistência interna entre 0,52 (“estabilidade do sono”), 0,54 (“ativadores comportamentais e fisiológicos”), 0,73 (“ativadores cognitivos e emocionais”), 0,76 (“consumo de substâncias”) e 0,83 (“sestas”). O valor de alfa de *Cronbach* da escala total é 0,70.

2.3.4. Escala de Crenças Disfuncionais sobre o Sono (ECDS - C10) (Blunden *et al.*, 2013; versão portuguesa de Santos, Cortez, & Fernandes, 2014)

Esta escala foi adaptada por Blunden e colaboradores (2013) para identificação de crenças disfuncionais sobre o sono em crianças e adolescentes dos 9-14 anos, a partir da versão desenvolvida por Morin (1993) para adultos. Esta escala foi, no entanto, já utilizada em populações de adolescentes entre os 14 e os 18 anos (Kaplan, Ali, Simpson, Britt, & McCall, 2013).

A versão reduzida (10 itens) tem 3 domínios: “consequências imediatas da insónia” (*e.g.*, “Quando não durmo o que necessito eu sei que isso vai mesmo afetar as coisas que tenho para fazer no dia seguinte”), “consequências a longo termo da insónia” (*e.g.*, “Eu estou realmente preocupado(a) que as dificuldades em adormecer ou em manter-me a dormir durante um período longo de tempo possam afetar a minha aparência física”) e “controlo da insónia” (*e.g.*, “Quando tenho dificuldades em adormecer devo ficar na cama e tentar com mais força”).

Os itens são medidos através de uma escala de Likert de 5 pontos, cuja ancoragem varia entre “discordo totalmente” e “concordo totalmente”. As pontuações da escala total ou das subescalas são obtidas através da soma das respostas dadas. Pontuações mais altas estão associadas a crenças mais perturbadas sobre o sono. Os estudos psicométricos obtiveram resultados de consistência interna da escala geral de 0,71 e a das subescalas situa-se entre 0,61 e 0,65 (Blunden *et al.*, 2013).

Os estudos preliminares da versão portuguesa (Cortez, 2014) verificaram uma estrutura com 2 domínios. O item 4 foi eliminado por apresentar um peso fatorial baixo, e pela sua exclusão aumentar a variância explicada (de 39% para 42%) da escala total. A escala final apresentou valor de consistência interna (alfa de Cronbach) de 0,66 e os seus domínios de ($\alpha = 0,66$) – “consequências da insónia” e ($\alpha = 0,46$) – “necessidade de controlo da insónia”.

A escala ficou, assim, composta por:

Domínio 1 – “consequências negativas da insónia”, inclui os itens 1, 2, 6, 7, 8, e 9, e corresponde a aglomeração dos domínios 1 e 2 originalmente propostos pelas autoras. Este domínio diz respeito a “crenças sobre as consequências negativas da insónia” e “crenças sobre as consequências negativas a longo prazo da insónia”.

Domínio 2 – “estratégias para o controlo da insónia”, semelhante ao domínio 3 proposto na escala original, e é composto pelos itens 3, 5, e 10. Este domínio refere-se a estratégias para controlar a insónia.

No presente estudo o valor de consistência interna (alfa de *Cronbach*) dos 2 domínios foi de 0,16 (“estratégias sobre as consequências da insónia”) e 0,61 (“crenças sobre as consequências negativas da insónia”). O valor de alfa de *Cronbach* da escala completa foi de 0,59.

Pelo facto do domínio “estratégias sobre as consequências da insónia” não apresentar um valor de confiabilidade adequado foi decidido, neste estudo, considerar para as análises estatísticas apenas os resultados da escala global.

2.3.5. Questionário do Temperamento no Início da Adolescência-Revisto (EATQ-R) (Ellis & Rothbart, 2001)

O Questionário do Temperamento no Início da Adolescência – Revisto (EATQ-R) resultou da revisão da versão desenvolvida por Capaldi & Rothbart (1992). O EATQ-R avalia o temperamento em adolescentes entre os 9 e os 15 anos.

Para o presente estudo foi utilizada uma versão portuguesa reduzida de Carvalho (2007).

O EATQ-R inclui os domínios: 1) “controlo de ativação” que avalia a capacidade para realizar uma ação quando existe uma forte tendência para não a fazer; 2) “afiliação” que diz respeito ao desejo em manifestar afeto e proximidade com outras pessoas, independentemente de timidez ou extroversão; 3) “atenção” que se refere à capacidade para focar ou desviar a atenção quando desejado; 4) “medo” que diz respeito a afeto desagradável ligado à antecipação de situações de *distress*; 5) “frustração” que inclui afeto negativo ligado à interrupção de atividades em andamento; 6) “alta intensidade de prazer” que se refere ao prazer derivado de atividades envolvendo alta intensidade ou novidade; 7) “controlo inibitório” que diz respeito à capacidade para planear e suprimir respostas inadequadas; 8) “sensibilidade percetiva” que avalia a deteção ou consciência percetiva face a estímulos ambientais ligeiros ou de baixa intensidade; 9) “sensibilidade ao prazer” que avalia a quantidade de prazer relacionada a atividades ou estímulos de baixa intensidade, frequência, complexidade, novidade, e incongruência; 10) “timidez” que avalia a inibição comportamental face a novidades e desafios, especialmente sociais; 11) “agressão” que diz respeito a atos hostis e agressivos, incluindo violência física, e agressão verbal; e 12) “humor depressivo” diz respeito a afeto desagradável e humor deprimido, perda de prazer e de interesse em atividades.

O questionário engloba um total de 65 itens contendo afirmações como, *e.g.*, “Sinto-me tímido com jovens do sexo oposto”; “Os meus amigos parecem gostar mais deles do que eu gosto de mim”; “É, para mim, fácil guardar um segredo”, medidos através de uma escala de Likert de 5 pontos, cuja ancoragem se distribui entre “quase sempre se aplica” e “quase nunca se aplica”. Existem itens inversamente formulados (2, 7, 10, 18, 19, 26, 28, 34, 38, 53, 61) que são invertidos para a análise dos dados.

Na versão original, foram obtidos valores adequados de consistência interna, alfa de *Cronbach* entre 0,65 (Medo) e 0,82 (Timidez).

Num estudo posterior Ellis e Rothbart (2001); Ellis (2002) apresentaram a estruturação da escala em 4 fatores, englobando cada um 3 domínios da escala original, como a seguir se indica:

Fator 1 – “controlo com esforço”, integra os domínios “controlo de ativação”, “atenção” e “controlo inibitório”.

Fator 2 – “extroversão/insurgência”, integra os domínios “alta intensidade de prazer”, “medo” e “timidez”. A codificação dos domínios “medo” e “timidez” é revertida.

Fator 3 – “afetividade negativa”, integra os domínios “frustração”, “humor depressivo” e “agressão”.

Fator 4 – “afiliação”, integra os domínios “afiliação”, “sensibilidade percetiva” e “sensibilidade ao prazer”.

No presente estudo a estrutura em 4 fatores proposta por Ellis e Rothbart (2001) foi considerada para análise dos resultados.

Esta estrutura foi já utilizada em estudos anteriores, nomeadamente no estudo de Moore e colaboradores (2010).

No presente estudo os valores de consistência interna (alfa de *Cronbach*) dos 12 domínios variam entre 0,32 (Atenção) e 0,81 (Timidez).

Os valores de consistência interna (alfa de *Cronbach*) dos fatores são de 0,40 (“extroversão/insurgência”), 0,67 (“controlo com esforço”), 0,71 (“afetividade negativa”) e 0,75 (“afiliação”).

2.4. Procedimento

Na primeira fase da investigação, procedeu-se à revisão de literatura acerca do tema em estudo, o que permitiu compreender a sua pertinência, bem como fundamentar o mesmo para a apresentação do projeto à Comissão de Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Paralelamente foram contactadas algumas instituições de ensino para apurar o seu interesse em participar no estudo. No primeiro contacto foi enviado um documento de apresentação do estudo.

Após a aprovação do estudo pela Comissão de Deontologia, foi estabelecido um segundo contacto com o estabelecimento de ensino anteriormente contatado, submetendo-se o estudo à aprovação da Direção da Escola. Obtida a aprovação o estudo aconteceu em duas fases.

1) Entrega dos pedidos de consentimentos (anexo 2) aos diretores de turma para por sua vez serem entregues aos pais de estudantes menores com indicação que fossem devolvidos, em envelope fechado, aos diretores de turma.

2) Aplicação dos questionários. A aplicação aconteceu em sala de aula. Antes da aplicação dos questionários foi sempre feita a apresentação do estudo e dos seus objetivos e explicado que a participação era voluntária, pelo que nenhum dos alunos seria prejudicado em caso de não aceitar participar. Foi ainda garantido o anonimato e a exclusiva utilização dos dados para fins científicos. A explicação foi extensiva aos professores das turmas que participaram no estudo. Foi pedido o assentimento dos alunos e confirmada a disponibilidade dos professores para colaborar disponibilizando o tempo necessário para o preenchimento dos questionários.

Após os esclarecimentos os questionários foram entregues e foram lidas as normas de resposta. Depois de serem preenchidos os questionários foram inseridos em envelopes e selados à frente dos alunos. O preenchimento dos questionários demorou entre 20 e 30 minutos.

Os dados recolhidos foram transferidos para formato informático através do sistema de leitura ótica Teleform. Procedeu-se à verificação individual de todos os itens cujo preenchimento envolveu a escrita de caracteres numéricos pelos participantes, assim como de todos os restantes que o sistema apresentou dúvida face à leitura.

2.5. Análise de dados

Os dados recolhidos foram analisados através do Statistical Package for Social Sciences – SPSS – versão 22 para Windows. Os dados omissos não foram considerados para análise.

Considerando os objetivos propostos foi realizada a análise descritiva (médias e desvios padrão) das variáveis das escalas AQSA, EHSA, ECDS e EATQ-R. Foram consideradas a idade, o género, a resposta à questão sobre problemas de sono e sobre o controlo da hora de deitar. Para a comparação entre grupos foi utilizado teste *t* para amostras independentes ou emparelhadas, uma vez que se verificou que a amostra era normal (teste de *Kolmogorov-Smirnov*) ou aproximadamente normal (a estatística de assimetria e da curtose não tinham valores aproximadamente inferiores a 2× o erro padrão). Para o estudo da relação entre variáveis, foi utilizado o coeficiente de

correlação de *Pearson* sempre que se verificou o pressuposto da normalidade anteriormente enunciado, ou o coeficiente de correlação de *Spearman*, sempre que não se verificou esse pressuposto.

A avaliação da contribuição das variáveis idade, género, controlo parental (definição da hora de ir para a cama), higiene do sono, crenças disfuncionais sobre o sono, e temperamento, para a qualidade do sono, foi feita através da análise de Regressão Linear Múltipla. Após ter sido verificado que as correlações entre os constructos eram significativas, foi testado o modelo em que a qualidade do sono foi definida como variável dependente. Num primeiro passo foram inseridas as variáveis género e idade, num segundo passo foi adicionada a variável controlo parental (definição da hora de ir para a cama), e num terceiro passo foram adicionadas as variáveis higiene do sono, crenças disfuncionais em relação ao sono e os fatores do temperamento.

3. Resultados

São apresentados de seguida os resultados desta investigação. A sua apresentação segue a ordem definida pelos objetivos específicos do estudo.

3.1. Caracterização do sono na amostra

Relativamente à hora de ir para a cama, é possível verificar (Tabela 2) que os adolescentes se deitam entre as 21h30 e as 2h00 ($M = 23h13$, $DP = 0,48$) durante a semana, e entre as 22h e as 07h durante o fim-de-semana ($M = 00h56$; $DP = 1,23$). Esta diferença é significativa, $t(158) = -16,383$, $p = 0,000$. Conclui-se, assim, que os alunos se deitam mais tarde ao fim-de-semana do que durante a semana. Não são constatadas diferenças significativas em relação ao género, quer durante a semana $t(157) = 0,748$, $p = 0,082$, quer durante o fim-de-semana $t(157) = 1,818$, $p = 0,071$. Quanto à idade, também não são verificadas diferenças significativas entre adolescentes mais novos (13, 14 e 15 anos) e mais velhos (16, 17, 18 e 19), durante a semana $t(157) = -1,523$, $p = 0,130$, havendo, no entanto, diferenças ao fim-de-semana $t(157) = -2,369$, $p = 0,019$, mostrando que os adolescentes mais novos vão para a cama mais cedo.

Quanto às horas de levantar, durante a semana os adolescentes levantam-se, em média, às 7h15 ($DP = 0,29$) e durante o fim-de-semana, em média, às 11h02 ($DP = 1,48$), sendo a diferença significativa, $t(158) = -25,028$, $p = 0,000$. São verificadas diferenças de género durante a semana, notando-se que as raparigas se levantam mais cedo que os rapazes $t(157) = 2,358$, $p = 0,020$. No entanto, o mesmo não se constata aos fim-de-semana, $t(157) = 0,369$, $p = 0,713$. Quanto à idade foram encontradas diferenças significativas apenas durante o fim-de-semana $t(157) = -2,138$, $p = 0,034$, sendo que são os adolescentes mais novos os que levantam mais cedo, mas não durante a semana. Também não se encontraram diferenças significativas entre adolescentes mais novos e mais velhos durante a semana $t(157) = -2,272$, $p = 0,786$.

Considerando o número de horas dormidas nota-se que durante a semana os adolescentes dormem, em média, 8h02 ($DP = 0,50$) e durante o fim-de-semana 10h06 ($DP = 1,26$). Esta diferença é significativa $t(158) = -15,295$, $p = 0,000$. Quanto às diferenças entre géneros não se encontram diferenças significativas em relação às horas dormidas por rapazes e raparigas, quer durante a semana $t(157) = -0,306$, $p = 0,760$, quer ao fim-de-semana $t(157) = -1,279$, $p = 0,203$. Relativamente à idade, também não

se verificam diferenças significativas entre as horas dormidas por adolescentes mais velhos e mais novos, quer durante a semana $t(157) = 1,295$, $p = 0,197$, quer ao fim-de-semana $t(157) = -0,408$, $p = 0,684$.

Tabela 2: Medidas de tendência central e dispersão dos Horários de Sono

	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Horários de sono				
Horas de deitar (semana; fim-de-semana)	23:13; 00:56	00:48; 01:23	21:30; 22:00	02:00; 07:00
Horas de levantar (semana; fim-de-semana)	07:15; 11:02	00:29; 01:48	06:00; 06:30	09:30; 18:00
Total de horas dormidas (semana; fim-de-semana)	8:02; 10:06	0:50; 1:26	6:00; 06:30	09:40; 14:00

Em relação ao estabelecimento das horas de deitar (anexo 5.3), 72,6% dos adolescentes referiram definir a sua hora de ir para a cama, enquanto para os restantes a hora de ir para a cama é controlada pelos pais ou por outros adultos.

Ainda em relação ao controlo parental (anexo 5.5), verifica-se que os adolescentes cuja hora de deitar é definida por um adulto dormem mais durante a semana $t(157) = 2,859$, $p = 0,005$, não se verificando diferenças significativas durante o fim-de-semana $t(157) = -0,592$, $p = 0,555$. O controlo parental é mais elevado em adolescentes mais novos do que adolescentes mais velhos $\chi^2(1) = 13,667$, $p = 0,000$, e não se encontram diferenças relativamente ao género $\chi^2(1) = 1,745$, $p = 0,186$.

Quanto à perceção de problemas de sono (anexos 5.3 e 5.6), 64,6% dos adolescentes considera não ter problemas de sono, 33,5% considera ter alguns problemas de sono, e 1,8% considera ter muitos problemas de sono. Comparando os adolescentes que consideram ter problemas de sono (*i.e.*, ter alguns ou muitos problemas de sono) com os que consideram não ter esse problema, não se encontram diferenças quanto ao número de horas dormidas quer durante a semana $t(157) = -0,486$, $p = 0,627$, quer durante o fim-de-semana $t(157) = -1,429$, $p = 0,155$. Em relação à perceção de problemas de sono não foram encontradas diferenças significativas quer relativamente à idade $\chi^2(1) = 0,317$, $p = 0,573$, quer relativamente ao género $\chi^2(1) = 0,045$, $p = 0,833$.

Quando é estudada a composição familiar (anexo 5.7), verificamos que as horas dormidas durante a semana $t(157) = 0,232$, $p = 0,817$ e durante o fim-de-semana $t(157)$

= -1,437, $p = 0,153$ não variam entre os adolescentes que vivem com ambos os pais ou em famílias monoparentais, recompostas, ou com outros membros. Não são encontradas diferenças relativamente à idade $\chi^2(1) = 1,660$, $p = 0,198$, nem relativas ao género $\chi^2(1) = 1,322$, $p = 0,250$.

3.2. Avaliação da Qualidade do Sono (AQSA)

Relativamente à avaliação geral da qualidade do sono (Tabela 3) a média é de 3,86 (DP = 0,58 com máximo = 5 e mínimo = 2). O domínio em que são apresentados melhores resultados médios é o “retomar o sono” (M = 4,79; DP = 0,89), indicando que os adolescentes têm facilidade em voltar a dormir quando acordam durante a noite. O domínio que apresenta valores mais baixos é o “acordar” (M = 2,61; DP = 1,03), o que é indicativo de dificuldades sentidas pelos adolescentes em passar para a vigília após uma noite de sono.

Tabela 3: Medidas de tendência central e dispersão e análise das associações entre os resultados da AQSA e os dados sociodemográficos (género e idade)

Domínios	Estatísticas descritivas		Género			Idade		
	M	DP	Rapazes M DP	Raparigas M DP	<i>t</i> -test (df = 162)	Mais novos M DP	Mais velhos M DP	<i>t</i> -test (df = 162)
Hora de deitar	3,48	0,99	3,45	3,51	$t = -0,364$	3,44	3,55	$t = -0,707$
Adormecer	4,30	0,85	0,91	1,07	$p = 0,716$	0,96	1,04	$p = 0,481$
			4,40	4,20	$t = 1,504$	4,38	4,19	$t = 1,474$
Manter o sono	3,87	0,98	0,84	0,84	$p = 0,135$	0,84	0,85	$p = 0,142$
			4,00	3,74	$t = 1,730$	3,83	3,93	$t = -0,622$
Retomar o sono	4,79	0,89	0,92	1,01	$p = 0,086$	0,99	0,96	$p = 0,535$
			4,98	4,60	$t = \mathbf{2,784}$	4,76	4,83	$t = -0,502$
Acordar	2,61	1,03	0,87	0,88	$p = \mathbf{0,006}$	0,90	0,88	$p = 0,616$
			2,79	2,44	$t = \mathbf{2,224}$	2,64	2,57	$t = 0,435$
Escala completa	3,86	0,58	1,11	0,92	$p = \mathbf{0,028}$	1,09	0,94	$p = 0,664$
			3,98	3,75	$t = \mathbf{2,652}$	3,86	3,87	$t = -0,022$
			0,53	0,60	$p = \mathbf{0,009}$	0,57	0,59	$p = 0,982$

Em relação às associações entre a qualidade do sono e o género, foram encontradas diferenças significativas no domínio “retomar o sono”, “acordar” e na escala completa, com os rapazes a mostrarem melhores resultados. Quanto à idade, não se constata diferenças significativas.

3.3. Avaliação da higiene do sono (EHSA)

Quanto à higiene do sono (Tabela 4), foram encontrados valores médios na escala global 3,93 (DP = 0,57, com mínimo = 2 e máximo = 5). A média mais baixa é apresentada pelo domínio “estabilidade do sono” (2,86; DP = 1,11), sugerindo que os adolescentes ficam acordados mais de 1 hora depois da sua hora habitual de deitar ou dormem durante 1 hora a mais da sua hora habitual de levantar. Os domínios onde são apresentados resultados mais elevados são o “consumo de substâncias” (M = 5,25, DP = 1,21) e “sestas” (M = 5,15, DP = 1,18), constando-se, desta forma, que o consumo de álcool e tabaco antes da ida para a cama é baixo, e que a realização de sesta prejudiciais ao sono noturno é escassa.

Tabela 4: Medidas de tendência central e dispersão e análise das associações entre os resultados da EHSA e os dados sociodemográficos (género e idade)

Domínios	Estatísticas descritivas		Género			Idade		
	M	DP	Rapazes M DP	Raparigas M DP	<i>t</i> -test (df = 162)	Mais novos M DP	Mais velhos M DP	<i>t</i> -test (df = 162)
Ativadores cognitivos e emocionais	3,79	0,94	4,08 0,84	3,52 0,95	<i>t</i> = 4,002 <i>p</i> = 0,000	3,81 0,91	3,77 0,99	<i>t</i> = 0,310 <i>p</i> = 0,757
Ativadores comportamentais e fisiológicos	3,77	0,80	3,72 0,85	3,82 0,74	<i>t</i> = -0,863 <i>p</i> = 0,390	3,80 0,78	3,72 0,84	<i>t</i> = 0,613 <i>p</i> = 0,541
Estabilidade do sono	2,86	1,11	3,16 1,13	2,57 1,03	<i>t</i> = 3,486 <i>p</i> = 0,001	2,74 1,10	3,04 1,12	<i>t</i> = -1,733 <i>p</i> = 0,085
Sestas	5,15	1,18	4,99 1,36	5,31 0,95	<i>t</i> = -1,768 <i>p</i> = 0,079	5,28 1,07	4,97 1,30	<i>t</i> = 1,644 <i>p</i> = 0,102
Consumo de substâncias	5,25	1,21	5,30 1,31	5,21 1,11	<i>t</i> = 0,450 <i>p</i> = 0,653	5,57 0,96	4,79 1,39	<i>t</i> = 4,268 <i>p</i> = 0,000
Rotinas	4,12	1,64	3,96 1,63	4,28 1,65	<i>t</i> = -1,227 <i>p</i> = 0,222	4,20 1,55	4,01 1,77	<i>t</i> = 0,693 <i>p</i> = 0,490
Escala completa	3,93	0,57	4,02 0,56	3,85 0,56	<i>t</i> = 1,944 <i>p</i> = 0,054	3,98 0,53	3,87 0,61	<i>t</i> = 1,262 <i>p</i> = 0,209

Relativamente às associações entre a higiene do sono e o género constata-se diferenças significativas apenas nos domínios “ativadores cognitivos e emocionais” e “estabilidade do sono”, com os rapazes a apresentar melhores resultados que as

raparigas. Relativamente à idade, verificam-se diferenças significativas entre adolescentes mais velhos e mais novos no domínio “consumo de substâncias” com os adolescentes mais novos a apresentar melhores resultados.

3.4. Avaliação das crenças disfuncionais sobre o sono (ECDS C-10)

Em relação à escala de Crenças Disfuncionais Sobre o Sono (Tabela 5) a média é de 2,75 (DP = 0,54, com mínimo = 1 e máximo = 4). Sugerindo, assim, que os adolescentes têm tendência a não manifestar crenças muito disfuncionais sobre o sono.

Analisando as associações entre as crenças disfuncionais sobre o sono e o género, constata-se diferenças significativas na escala completa, com os rapazes a apresentar melhores resultados que as raparigas. Relativamente à idade, não se verificam diferenças entre os grupos.

Tabela 5: Medidas de tendência central e dispersão e análise das associações entre os resultados da ECDS e os dados sociodemográficos (género e idade)

Domínios	Estatísticas descritivas		Género			Idade		
	M	DP	Rapazes M DP	Raparigas M DP	<i>t</i> -test (df = 162)	Mais novos M DP	Mais velhos M DP	<i>t</i> -test (df = 162)
Escala completa	2,75	0,54	2,64 0,54	2,87 0,52	<i>t</i> = -2,750 p = 0,007	2,76 0,54	2,75 0,55	<i>t</i> = 0,074 p = 0,941

3.5. Avaliação do Temperamento (EATQ-R)

Relativamente aos fatores do temperamento (Tabela 6), a “afetividade negativa” é aquele em que a média é menos elevada (M = 2,92; DP = 0,49), sugerindo que os adolescentes têm menos tendência a manifestarem agressividade, frustração e humor depressivo. O fator em que é apresentado o resultado mais elevado é “afiliação” (M = 3,47, DP = 0,60), o que sugere que os adolescentes têm mais tendência a demonstrarem atos afetivos e que apelem à sensibilidade.

Quando são analisadas as associações entre os fatores do temperamento e as variáveis demográficas (género e idade), verifica-se que existem diferenças

significativas em relação ao género nos fatores “extroversão”, “afetividade negativa” e “afiliação”, com as raparigas a apresentar melhores resultados do que os rapazes. Relativamente à idade, não se constata diferenças significativas entre os adolescentes mais novos e os mais velhos.

Quanto aos 12 domínios do temperamento (anexo 5.2), o domínio “agressão” é aquele em que a média é menos elevada ($M = 2,50$; $DP = 0,76$). O domínio onde é apresentado o resultado mais elevado é “afiliação” ($M = 3,80$, $DP = 0,74$).

Tabela 6: Medidas de tendência central e dispersão e análise das associações entre os resultados da EATQ-R e os dados sociodemográficos (género e idade)

Domínios e Fatores	Estatísticas descritivas		Género			Idade		
	M	DP	Rapazes M DP	Raparigas M DP	<i>t</i> -test (df = 162)	Mais novos M DP	Mais velhos M DP	<i>t</i> -test (df = 162)
Controlo com esforço	3,16	0,48	3,12 0,50	3,20 0,44	$t = -1,102$ $p = 0,272$	3,14 0,49	3,19 0,46	$t = -0,685$ $p = 0,494$
Extroversão	3,01	0,46	2,92 0,44	3,10 0,45	$t = -2,577$ $p = 0,011$	3,00 0,49	3,02 0,41	$t = -0,262$ $p = 0,794$
Afetividade negativa	2,92	0,49	2,81 0,47	3,04 0,50	$t = -3,098$ $p = 0,002$	2,91 0,50	2,95 0,49	$t = -0,513$ $p = 0,609$
Afiliação	3,47	0,60	3,31 0,59	3,63 0,57	$t = -3,518$ $p = 0,001$	3,50 0,60	3,43 0,60	$t = 0,696$ $p = 0,488$

3.6. Análise dos resultados considerando a perceção dos problemas de sono

Apresentam-se em seguida os resultados da estatística bivariada considerando a perceção dos adolescentes em relação a ter problemas de sono. Para esta análise foram constituídos dois grupos: os que responderam não ter problemas de sono e os que responderam ter alguns ou muitos problemas de sono.

Como se observa na Tabela 7, quando são analisadas as diferenças em relação à qualidade do sono, verifica-se que os adolescentes que afirmam não ter problemas de sono têm melhores resultados nos domínios “hora de deitar” e “adormecer”, e na escala completa.

Não são constatadas diferenças significativas entre a percepção de problemas de sono e a higiene do sono.

Relativamente à escala de crenças disfuncionais sobre o sono verifica-se que os adolescentes que afirmam ter problemas de sono obtêm resultados mais elevados na escala completa.

Tabela 7: Análise das associações entre os resultados da AQSA, ECDS e EATQ-R e os dados sociodemográficos (percepção dos problemas de sono)

Domínios da AQSA, ECDS e EATQ-R	Percepção dos problemas de sono		
	Sim (M; DP)	Não (M; DP)	<i>t</i> -test (df = 162)
AQSA – Qualidade do sono			
Hora de deitar	3,26; 0,90	3,60 ; 1,02	<i>t</i> = -2,106 p = 0,037
Adormecer	3,90; 0,97	4,52 ; 0,68	<i>t</i> = -4,847 p = 0,000
Escala completa	3,68; 0,61	3,96 ; 0,54	<i>t</i> = -3,082 p = 0,002
ECDS – Crenças sobre o sono			
Escala completa	2,83 ; 0,54	2,61; 0,58	<i>t</i> = 2,392 p = 0,018
EATQ-R - Temperamento			
Afetividade negativa	3,03 ; 0,49	2,87; 0,49	<i>t</i> = 2,011 p = 0,046

Em relação ao temperamento os adolescentes que consideram ter problemas de sono têm melhores resultados no fator “afetividade Negativa”.

3.7. Análise dos resultados considerando o Controlo Parental (estabelecimento da hora de ir para a cama)

Relativamente ao estabelecimento da hora de ir para a cama (Tabela 8) não são constatadas diferenças significativas em relação à qualidade do sono, às crenças disfuncionais sobre o sono e ao temperamento.

Quanto à higiene do sono, verifica-se que os adolescentes cujas horas de deitar são definidas pelos pais têm melhores resultados nos domínios “ativação comportamental e fisiológica” e “consumo de substâncias”.

Tabela 8: Análise das associações entre os resultados da EHSA e os dados sociodemográficos (controle parental)

Domínios da EHSA	Estabelecimento da hora de ir para a cama		
	Pais (M; DP)	Adolescentes (M; DP)	<i>t</i> -test (161 < df < 162)
EHSA – Higiene do sono			
Ativadores comportamentais e fisiológicos	4,05 ; 0,75	3,67; 0,80	<i>t</i> = 2,792 p = 0,006
Consumo de substâncias	5,64 ; 0,82	5,11; 1,30	<i>t</i> = 2,588 p = 0,011

3.8. Estudo de associações

3.8.1. Correlações entre a qualidade do sono (AQSA) e a higiene do sono (EHSA)

De um modo geral, foram obtidas correlações pouco significativas e positivas entre as duas escalas e os seus domínios (Tabela 9). Em relação às correlações entre os domínios das 2 escalas, foram obtidas correlações positivas moderadas entre o domínio “ativadores cognitivos e emocionais” e os domínios “manter o sono” e “retomar o sono” ($r_s = 0,32$ e $r_s = 0,40$, respetivamente) e entre o domínio “estabilidade do sono” e o domínio “acordar” $r_s = 0,35$. Examinando as correlações entre as escalas completas e os domínios, constata-se correlações positivas moderadas entre a AQSA e os domínios “ativadores cognitivo-emocionais” e “estabilidade do sono” da escala EHSA ($r_s = 0,44$ e $r_s = 0,30$, respetivamente), e entre a EHSA e o domínio “acordar” da AQSA $r_s = 0,33$.

Considerando os valores globais das escalas verifica-se uma correlação positiva moderada – $r_s = 0,41$.

Tabela 9: Correlações entre os domínios das escalas AQSA e EHSA

EHSA	AQSA					
	Hora de deitar	Adormecer	Manter o sono	Retomar o sono	Acordar	Escala completa
Ativadores cognitivos e emocionais		0,273**	0,315**	0,403**	0,201**	0,438**
Ativadores comportamentais e fisiológicos	0,175*	0,223**	0,198*		0,188*	0,257**
Estabilidade do sono	0,264**			0,168*	0,352**	0,302**
Escala completa	0,198*	0,249**	0,267**	0,249**	0,332**	0,409**

**p<0,01; *p<0,05

3.8.2. Correlações entre a qualidade do sono (AQSA) e as crenças disfuncionais sobre o sono (ECDS)

As escalas completas em questão e os seus domínios apresentam, no geral, correlações significativas e negativas (Tabela 10). Todas as correlações obtidas são baixas.

Tabela 10: Correlações entre os domínios das escalas AQSA e ECDS

ECDS	AQSA		
	Adormecer	Retomar o sono	Escala completa
Escala completa	-0,249**	-0,207**	-0,197*

**p<0,01; *p<0,05

3.8.3. Correlações entre a qualidade do sono (AQSA) e o temperamento (EATQ-R)

Relativamente às correlações entre os domínios da AQSA e os fatores do EATQ-R estas são, no geral, significativas e negativas (Tabela 11). Foram obtidas correlações negativas moderadas entre o fator “Afetividade negativa” e os domínios “manter o sono”, “retomar o sono”, e “acordar” ($r = -0,38$, $r = -0,36$ e $r = -0,36$, respetivamente). Foram, também, obtidas correlações negativas

moderadas e elevadas entre a escala completa da AQSA e os fatores “Extroversão” ($r = -0,33$) e “Afetividade negativa” ($r = -0,53$).

Tabela 11: Correlações entre os domínios das escalas AQSA e EATQ-R

EATQ-R	AQSA					
	Hora de deitar	Adormecer	Manter o sono	Retomar o sono	Acordar	Escala completa
Controlo com esforço	0,203**		0,176*		0,257**	0,274**
Extroversão	-0,202**		-0,189*	-0,226**	-0,258**	-0,334**
Afetividade negativa	-0,262**	-0,237**	-0,377**	-0,362**	-0,364**	-0,527**
Afiliação			-0,193*	-0,226**		-0,275**

**p<0,01; *p<0,05

3.8.4. Correlações entre a higiene do sono (EHSA) e as crenças disfuncionais sobre o sono (ECDS)

As correlações entre a higiene do sono e as crenças disfuncionais sobre o sono são, no geral, negativas e pouco significativas (Tabela 12).

Tabela 12: Correlações entre as componentes das escalas EHSA e ECDS

	ECDS	Escala completa
EHSA		
Ativadores cognitivos e emocionais		-0,251**
Escala completa		-0,156*

**p<0,01; *p<0,05

3.8.5. Correlações entre a higiene do sono (EHSA) e o temperamento (EATQ-R)

Quanto às correlações obtidas entre os domínios da EHSA e os fatores do EATQ-R são obtidas, no geral, correlações pouco significativas e negativas (Quadro 13). Encontraram-se no entanto correlações negativas moderadas e elevadas entre o fator “afetividade negativa” e os domínios “ativadores cognitivos e emocionais” e “ativadores comportamentais e fisiológicos” ($r_s = -0,52$ e $r_s = -$

0,33, respetivamente); e entre o fator “afiliação” e o domínio “ativadores cognitivos e emocionais” – $r_s = -0,39$. Foi, ainda, obtida uma correlação elevada entre a escala completa da EHSA e o fator “afetividade negativa” do EATQ-R – $r_s = -0,54$.

Tabela 13: Correlações entre os domínios das escalas EHSA e EATQ-R

EATQ-R	EHSA	Ativadores cognitivos e emocionais	Ativadores comportamentais e fisiológicos	Estabilidade do sono	Consumo de Substâncias	Escala completa
Controlo com esforço						0,191*
Extroversão		-0,282**		-0,163*	0,154*	-0,161*
Afetividade negativa		-0,520**	-0,333**	-0,261**	0,184*	-0,543**
Afiliação		-0,390**		-0,264**		-0,273**

**p<0,01; *p<0,05

3.8.6. Correlações entre as crenças disfuncionais sobre o sono (ECDS) e o temperamento (EATQ-R)

São observadas correlações significativas e positivas entre os domínios da ECDS e os fatores do EATQ-R (Tabela 14).

Tabela 14: Correlações entre as componentes das escalas ECDS e EATQ-R

	EATQ-R	Afetividade negativa	Afiliação
ECDS			
Escala completa		0,193*	0,184*

**p<0,01; *p<0,05

3.9. Modelo preditivo da qualidade do sono

Para o estudo da contribuição das variáveis género, idade, higiene do sono, crenças disfuncionais sobre o sono e fatores do temperamento na qualidade do sono (considerada variável dependente), foi efetuada uma análise de regressão linear múltipla.

Num primeiro passo foram inseridas as variáveis género e idade, de forma a controlar os efeitos destas variáveis na análise dos efeitos das restantes variáveis incluídas no modelo. Num segundo passo foi inserido a variável independente “controlo parental” e num terceiro passo foram inseridas as variáveis independentes: higiene do sono, crenças disfuncionais sobre o sono e os fatores do temperamento. O resumo do modelo e os seus parâmetros estatísticos são apresentados na Tabela 15.

Tabela 15: Análise de regressão múltipla hierárquica, tendo por variável critério a qualidade do sono

Variáveis predictoras	Coeficiente B	Erro padrão	Coeficiente Padrão β	t	p
1º Passo ($\Delta R^2=0,042$, $F_{3,509}=0,204$)					
Género	-0,235	0,089	-0,205	-2,649*	0,009
Idade	0,006	0,038	0,012	0,160	0,873
2º Passo ($\Delta R^2=0,047$, $F_{2,609}=0,216$)					
Controlo parental	0,094	0,104	0,073	0,904	0,367
3º Passo ($\Delta R^2=0,372$, $F_{10,136}=0,610$)					
Higiene do sono (EHSA)	0,228	0,083	0,223	2,754*	0,007
Crenças disfuncionais sono (ECDS)	-0,090	0,072	-0,084	-1,247	0,214
Controlo com esforço (EATQ-R)	0,190	0,087	0,157	2,193*	0,030
Extroversão (EATQ-R)	-0,224	0,088	-0,176	-2,542*	0,012
Afetividade negativa (EATQ-R)	-0,279	0,104	-0,239	-2,678*	0,008
Afiliação (EATQ-R)	-0,041	0,072	-0,043	-0,570	0,570

**p<0,001; *p<0,05

No primeiro passo os resultados mostraram um efeito significativo do género na qualidade do sono, com os rapazes a demonstrarem níveis mais elevados de qualidade do sono. No entanto este efeito é anulado quando são inseridas as variáveis controlo parental, higiene do sono, crenças disfuncionais em relação ao sono e os fatores do temperamento

A variável controlo parental da hora de deitar não exerce um efeito significativo na qualidade do sono.

O modelo final demonstra que as variáveis higiene do sono e os fatores do temperamento “controlo com esforço”, “extroversão” e “afetividade negativa” são preditoras da qualidade do sono. As crenças disfuncionais não revelam efeito significativo no modelo. O efeito da higiene do sono é superior ao dos fatores do temperamento, “afetividade negativa”, “extroversão” e “controlo com esforço”.

Deste modo, quanto melhores os resultados relativos aos hábitos de higiene do sono e mais elevadas as médias dos fatores do temperamento “controlo com esforço”, “extroversão” e “afetividade negativa” melhor é a qualidade percebida do sono. Por último, é importante frisar que a variabilidade explicada pelas variáveis do modelo é 33,5% ($\Delta R^2=0,372$).

4. Discussão

O presente estudo teve como objetivos principais 1) Descrever o sono de uma amostra comunitária de adolescentes portugueses, nas dimensões da qualidade percebida, higiene do sono e crenças em relação ao sono; 2) Analisar as associações entre a qualidade do sono, as dimensões higiene do sono, crenças em relação ao sono e temperamento, controlo parental da hora de deitar e as variáveis género e idade da amostra; 3) Estudar a contribuição das variáveis higiene do sono, as crenças em relação ao sono, os fatores do temperamento, controlo parental da hora de deitar, género e idade, para a qualidade do sono. Participaram no estudo 164 adolescentes, com idades compreendidas entre os 13 e os 19 anos, de uma escola secundária em Lisboa.

- Caracterização do sono

Em relação às horas dormidas durante a semana e o fim-de-semana, os resultados do estudo demonstraram que os adolescentes dormem, em média, 8h durante a semana e 10h ao fim-de-semana. Considerando que as horas de sono recomendadas para os adolescentes são aproximadamente de 9h (Mindell & Owens, 2010) estes resultados revelam que os adolescentes que participaram no estudo dormem menos 1h do que seria recomendável, durante a semana, e mais 1h do que é esperado ao fim de semana.

Estes resultados estão em consonância com alguns estudos portugueses, como os realizados por Cortez (2014) e Duarte (2008). São no entanto diferentes dos encontrados noutros com população de jovens portugueses, em que os resultados revelam um menor número de horas dormidas pelos adolescentes (Matos *et al.*, 2015; Moreno, 2013). O número de horas dormidas referido pelos adolescentes deste estudo é igualmente mais elevado do que o encontrado por Gibson e colaboradores (2006) num estudo em que 45% dos adolescentes mostraram dormir em média menos de 8 horas por dia, e do que o encontrado noutros estudos.

Em relação à discrepância entre as horas dormidas durante a semana e ao fim-de-semana os resultados do presente estudo vão ao encontro da grande maioria dos estudos sobre o sono na adolescência (Giannotti & Cortesi, 2010; Gibson *et al.*, 2006; Matos *et al.*, 2015). Essa diferença existente entre as horas dormidas durante a semana e o fim-de-semana tem sido amplamente discutida na literatura (Giannotti & Cortesi,

2010; Mindell & Owens, 2010; Sadeh *et al.*, 2009) colocando-se como possível justificação que os adolescentes durmam mais horas durante o fim-de-semana para compensar o débito de sono acumulado durante a semana (Reid *et al.*, 2002). Na realidade reforçando resultados de estudos anteriores (Giannotti & Cortesi, 2010; Reid *et al.*, 2002) também os adolescentes deste estudo referiram deitar-se e levantar-se mais tarde ao fim-de-semana (discrepância de 2h em relação a deitar e 4h em relação a levantar). As possíveis justificações para a irregularidade do padrão de sono, incluem, durante a semana, as horas de entrada na escola (normalmente matutinas) (Carskadon, 2010; Mindell & Owens, 2010), e ao fim-de-semana o aumento da participação em atividades sociais (Carskadon, 2010), ou a interferência de fatores fisiológicos e hormonais (Lalonde *et al.*, 2001) que adiam a hora de deitar do adolescente.

Em relação ao género, são constatadas diferenças significativas relativamente à hora de acordar durante a semana, sendo as raparigas quem acorda mais cedo. Os estudos de Giannotti e Cortesi (2010) e Moore, Kirchner, Drotar, Johnson, Rosen, e Redline (2011) apresentam resultados semelhantes. No estudo realizado por Moore e colaboradores (2011) com adolescentes entre os 13 e os 16 anos, os resultados mostraram que as raparigas dormem durante mais tempo que os rapazes, sendo o mesmo referido no estudo de Olds, Blunden, Petkov, e Forchino (2010). É referido na literatura que o facto de as raparigas acordarem mais cedo que os rapazes durante a semana poderá estar relacionado com o facto de precisarem de mais tempo para se prepararem para as aulas ou serem responsáveis por algumas atividades matutinas relacionadas com a higiene doméstica (Carskadon, 1990a; Carskadon, Seifer, Davis, & Acebo, 1991).

Na literatura, tem sido sistematicamente encontrada uma diminuição das horas de sono à medida que os adolescentes se tornam mais velhos (Giannotti & Cortesi, 2010; Iglowstein *et al.*, 2003, Ohayon, Carskadon, Guilleminault, & Vitiello, 2004). Confirmando esses resultados, no presente estudo foram encontradas diferenças relativas à hora de ir para a cama e de levantar aos fins-de-semana, sendo que os adolescentes mais novos vão para a cama e levantam-se mais cedo. Estes resultados reforçam a ideia de que a arquitetura do sono se altera com a idade e que os horários do sono são também determinados pelas atividades e experiências normativas ao longo da adolescência (Sadeh *et al.*, 2009).

- Perceção de problemas de sono

Quanto à percepção de problemas de sono, 33,5% dos adolescentes (não foram encontradas diferenças entre rapazes e raparigas) relataram ter algum tipo de problema de sono. Também não foram constatadas diferenças relativamente à idade. Matos e colaboradores (2015) encontraram uma percentagem um pouco mais elevada (37,2%) de problemas de sono nos adolescentes. Nesse estudo os autores não encontraram diferenças em relação ao género mas sim em relação à idade com os adolescentes mais velhos a apresentar piores resultados.

Considerando a amostra global do presente estudo a percentagem de adolescentes que relatou problemas de sono é superior à encontrada no estudo de Short, Gradisar, Gill, e Camfferman (2013), que encontraram a prevalência de 23,1%. O estudo português realizado por Amaral e colaboradores (2013) refere uma maior prevalência de insónia nas raparigas e nos adolescentes mais velhos.

A alta prevalência de problemas de sono e de sono insuficiente na adolescência descritas na literatura é recorrente (Hamilton, 2009), quer seja medida através de autorrelato, quer através de objetivas (Tremaine, Dorrian, & Blunden, 2010). Mindell e Owens (2010) referem que pelo menos 20% dos adolescentes sofrem algum tipo de perturbação do sono, sendo que entre 9-35% dos adolescentes sofrem de insónia. Não existe consenso na literatura relativamente às diferenças de género quanto ao tempo, à frequência e à prevalência de problemas de sono. Alguns estudos mostram que as raparigas dormem menos e apresentam mais problemas de sono (Giannotti *et al.*, 2002; Danner, 2000) outros verificaram piores resultados no número de horas dormidas para os rapazes (Tonetti *et al.*, 2008). Quanto à idade os estudos têm verificado maior prevalência de problemas de sono nos adolescentes mais velhos (Sadeh, Raviv, & Gruber, 2000).

No presente estudo os adolescentes que consideram ter problemas de sono apresentam pontuações significativamente mais baixas nos domínios da qualidade do sono “hora de deitar” e “adormecer” e na escala geral. Esta associação parece fazer sentido, uma vez que uma percepção de menor qualidade do sono poderá estar ligada ao facto de os adolescentes considerarem ter problemas de sono. Os adolescentes avaliados no estudo de Short e colaboradores (2013) apresentaram associações entre a percepção de

problemas de sono e dificuldades em adormecer, padrões de sono irregulares e dificuldades em acordar.

Os adolescentes que consideram ter problemas de sono apresentam mais crenças disfuncionais sobre o sono. Este resultado sugere que as crenças sobre o sono e a percepção de problemas de sono estão relacionados. Dados da literatura mostram associação entre longos períodos de latência e catastrofização (Hiller, Lovato, Gradisar, Oliver, & Slater, 2014).

Ainda, relativamente ao temperamento, os adolescentes que percebem ter mais problemas de sono, apresentam valores médios mais elevados no fator “afetividade negativa”. Uma maior intensidade emocional está relacionada com relatos mais elevados de problemas de sono, menor duração do sono e mais atividade durante a noite (El Sheikh & Buckhalt, 2005).

- Controlo parental (estabelecimento da hora de ir para a cama)

Relativamente ao controlo parental os adolescentes cujas horas de deitar são definidas pelos pais dormem mais do que aqueles que escolhem a sua hora de deitar. São encontrados resultados semelhantes descritos na literatura, os quais frisam a importância de continuarem a existir limites para a hora de deitar estabelecidos pelos pais durante a adolescência (Gangwish *et al.*, 2009; Short *et al.*, 2011). Na literatura é também descrito que os limites para o sono estabelecidos pelos pais tendem a diminuir com a idade (Giannotti & Cortesi, 2010; Randler, Bilger, & Días-Moralez, 2009; Short *et al.*, 2011), o que também foi constatado na nossa amostra, sendo que são os adolescentes mais novos aqueles que relatam a presença de maior controlo parental. No estudo realizado por Short e colaboradores (2011), 17,5% dos adolescentes relataram que eram os pais a estabelecerem as horas de deitar, sendo que os rapazes reportaram uma percentagem maior em relação às raparigas, contrariamente ao que é descrito por Giannotti e Cortesi (2010) que refere um maior controlo parental nas raparigas.

Relativamente à associação entre o controlo parental e a higiene do sono, os adolescentes com controlo parental da hora de deitar obtiveram resultados mais elevados de higiene nos domínios “consumo de substâncias” e “ativadores comportamentais e fisiológicos”, evidenciando o papel protetor das horas controladas de deitar. Comparando com os resultados do estudo de Cortez (2014) verifica-se que os

resultados são semelhantes ao do presente estudo, tendo, também, sido encontrados resultados elevados no domínio “sestas” e na escala global.

- Qualidade do Sono

Relativamente à qualidade do sono, os resultados globais apontam para valores médios, sugerindo que os adolescentes consideram o seu sono como sendo relativamente satisfatório.

Este resultado é concordante com os dos estudos de Cortez (2014) e LeBourgeois e colaboradores (2005), tendo sido obtido resultados semelhantes nos cinco domínios da escala utilizada como medida da qualidade do sono. Os resultados mais elevados são obtidos no domínio “retomar o sono”, e os mais baixos no domínio “acordar”, apontando para o facto de os adolescentes não sentirem muitas dificuldades em voltar a adormecer após acordarem durante a noite, e para a constatação de que o momento da passagem para a vigília é o que é considerado mais problemático para esta faixa etária. Na realidade a literatura aponta para o facto das horas de entrada na escola, tendencialmente matutinas (Carskadon, 2010; Hansen, Janssen, Schiff, Zee, & Dubocovich, 2005; Mindell & Owens, 2010), obrigarem o adolescente a um esforço que pode não estar de acordo com o seu padrão ou arquitetura de sono, que se caracteriza por uma tendência para deitar mais tarde e acordar mais tarde.

O segundo domínio onde são obtidos resultados mais baixos de qualidade do sono é o domínio “hora de deitar”, concluindo-se que é muito difícil para os adolescentes obrigarem-se a ir para a cama na hora de deitar ou mesmo gostarem desse momento. Parece haver uma associação entre estes acontecimentos e o facto de a insónia ser uma das perturbações mais frequentes na adolescência (Meltzer & Mindell, 2008; Mindell & Owens, 2010).

Quanto ao género, verifica-se que os rapazes reportam melhor qualidade do sono nos domínios “retomar o sono”, “acordar” e na escala completa, sugerindo que os rapazes sentem menos dificuldades em voltar a adormecer após acordarem durante a noite, têm menos dificuldade em passar para a vigília e dominam estratégias mais adequadas para lidar com as estratégias disfuncionais sobre o controlo da insónia.

Quanto à idade não foram verificadas diferenças entre adolescentes mais novos e mais velhos.

Relativamente às correlações entre a qualidade do sono e a higiene do sono, os resultados apresentam uma correlação significativa moderada entre si, evidenciando que os adolescentes que avaliam de forma mais positiva a sua qualidade do sono relatam, tendencialmente, melhores hábitos de higiene do sono.

Em relação às correlações entre os domínios das duas escalas, estas são, no geral, pouco significativas e positivas, contrariamente aos resultados obtidos por Cortez (2014) e por estudos anteriores que utilizaram as duas escalas (LeBourgeois *et al.*, 2005), onde as correlações eram maioritariamente significativas. Destacando apenas as correlações moderadas, o domínio “ativadores cognitivos e emocionais” está associado aos domínios “manter o sono” e “retomar o sono”, indicando que os adolescentes que experienciam menos preocupações na hora de deitar, dormem tranquilamente durante a noite, e que aqueles que quando acordam durante a noite não realizam atividades como ver televisão, experienciam menos dificuldades ao voltar a dormir. Verificou-se também que os adolescentes que não apresentam dificuldades ao passarem do sono para a vigília, apresentam maior estabilidade do sono. Também no estudo de LeBorgeois e colaboradores (2005) foram encontradas correlações significativas entre os domínios “ativadores emocionais” e “manter o sono”.

Quanto às correlações entre a qualidade do sono e as crenças disfuncionais sobre o sono, os resultados apresentam um padrão de correlações negativas entre os domínios e os resultados das escalas gerais, sugerindo, assim, a existência de uma coocorrência entre as perceções saudáveis da qualidade do sono com um menor nível de crenças disfuncionais sobre o sono. É possível encontrar resultados semelhantes na literatura (Cortez, 2014; Danielsson *et al.*, 2013). Os estudos de Danielsson e colaboradores (2013) indicam que os pensamentos disfuncionais sobre o sono são mediadores entre a qualidade do sono e os sintomas depressivos na adolescência, ou seja, a presença de pensamentos disfuncionais sobre o sono fortalece a força da associação entre a qualidade do sono e os sintomas depressivos.

Relativamente às correlações entre a qualidade do sono e o temperamento, estas são, no geral, significativas e negativas. Explorando as correlações moderadas, verificou-se que os adolescentes que apresentam médias mais baixas no fator “afetividade negativa” são menos propensos a experienciarem sentimentos de raiva, ansiedade, e tristeza tendo menos dificuldades em manter o sono, em voltar a dormir

após despertares noturnos e manifestam menos dificuldades em passar do sono para a vigília. Evidenciando que os adolescentes que avaliam de forma mais negativa a sua qualidade de sono revelam, tendencialmente, pior média nos fatores de temperamento, estando de acordo com os dados da literatura (Moore *et al.*, 2010; Wilson *et al.*, 2014).

- Higiene do Sono

Comparativamente aos resultados do estudo conduzido por LeBourgeois e colaboradores (2005), a média geral dos valores obtidos nesta investigação é inferior à obtida quer pelos adolescentes americanos quer pelos italianos. As diferenças encontram-se nos domínios “ativadores cognitivos e emocionais”, “ativadores fisiológicos”, “consumo de substâncias” e “estabilidade do sono”, mostrando que os adolescentes portugueses têm mais dificuldades em afastar da mente determinados pensamentos quando vão para a cama, realizam atividades que os mantêm dispersos antes da hora de ir para a cama, consomem substâncias (tabaco e álcool) depois das 18h, e ficam a pé mais de 1h depois da hora habitual de deitar. Resultados diferentes tinham já sido encontrados por LeBourgeois e colaboradores (2005) entre os adolescentes italianos nos domínios “consumo de substância” e “ativadores comportamentais”. Coloca-se como hipótese que estas diferenças sejam devidas a aspetos culturais e mesmo conjunturais (*i.e.*, da circunstância em que os jovens portugueses vivem atualmente).

As pontuações mais elevadas obtidas pelos domínios “consumo de substâncias” e “sestas”, mostram que os adolescentes portugueses raramente realizam sesta durante o dia, ou consomem álcool/tabaco depois das 18h. Estes resultados são idênticos aos obtidos pela população italiana (LeBourgeois *et al.*, 2005). Johnson e Breslau (2001) destacam a consistência presente na associação entre o consumo de substâncias e os problemas de sono na adolescência, demonstrando que a utilização de álcool, tabaco, cafeína e outras substâncias ilícitas correlacionam-se com a existência de problemas de sono na adolescência.

No presente estudo, à semelhança dos resultados obtidos pelos adolescentes italianos e americanos no estudo de LeBourgeois e colaboradores (2005), o domínio em que surgem resultados mais baixos de higiene é a “estabilidade do sono” que aponta para que os adolescentes têm tendência a ficarem acordados mais de 1 hora depois da sua

hora habitual de deitar ou dormem durante 1 hora a mais da sua hora habitual de levantar.

Quando se consideram os resultados da escala total e dos seus diferentes domínios quanto às variáveis sociodemográficas é possível constatar que, em relação ao género, as raparigas apresentam piores resultados nos domínios “ativadores cognitivos e emocionais” e “estabilidade do sono”. Estes resultados são consonantes com os encontrados por Cortez (2014) que também verificou que as raparigas apresentam piores resultados no domínio “ativadores cognitivos e emocionais”. No entanto ao contrário dos resultados de Cortez (2014) neste estudo não se verificaram diferenças significativas em relação ao domínio “ativadores fisiológicos e comportamentais”.

Estes resultados indicam que as raparigas ou realizam mais atividades que cognitivamente as ativam antes de ir dormir ou têm com maior frequência pensamentos ou emoções que são incompatíveis com o relaxamento para adormecer. Sendo assim estes resultados podem ir no sentido de outros estudos que encontraram maior prevalência de insónia e mais problemas de sono nas raparigas (Amaral *et al.*, 2002; Giannotti *et al.*, 2002; Danner, 2000).

Relativamente à idade, é possível verificar que os adolescentes mais novos consomem menos substâncias. Estes dados podem estar relacionados com o facto do consumo de tabaco e álcool ser mais frequente em adolescentes mais velhos (Anthony & Echeagaray-Wagner, 2000).

Em relação às correlações entre a higiene do sono e as crenças disfuncionais sobre o sono, foi obtido um padrão geral de correlações negativas, sugerindo que os adolescentes que manifestam melhores hábitos de higiene do sono possuem crenças menos disfuncionais sobre o sono. Estes dados estão em concordância com a literatura (Días-Morales, Prieto, Barreno, Mateo, & Randler, 2012) onde é destacada a relação entre boas práticas de higiene do sono e crenças menos disfuncionais sobre o sono.

As correlações entre a higiene do sono e o temperamento são, no geral, pouco significativas e negativas. Destacando as correlações moderadas e elevadas, constata-se que o fator “afetividade negativa” está associado aos domínios “ativadores cognitivos e emocionais” e “ativadores comportamentais e fisiológicos”, indicando que os adolescentes que manifestam menos atos impacientes, perturbadores e irritáveis

realizam menos atividades que apelam a fortes emoções (e.g., tristeza, raiva, excitação) e realizam menos atividades que os mantenham acordados quando vão para a cama. O domínio “ativadores cognitivos e emocionais” está, ainda, associado ao fator “afiliação”, mostrando que os adolescentes que vão para a cama a sentirem-se tristes, repetem mentalmente os acontecimentos vivenciados durante o dia ou que se preocupam com acontecimentos escolares e familiares, são menos apreciadores de acontecimentos naturais, menos capazes de partilharem os seus sentimentos com outras pessoas e apresentam menor sensibilidade percetiva. Estes resultados poem em evidência que os adolescentes que relatam piores hábitos de higiene do sono obtêm, tendencialmente, piores médias nos fatores do temperamento. No entanto, muito pouco se sabe sobre associações entre práticas de higiene do sono e temperamento (Wilson *et al.*, 2014) em adolescentes. No entanto no estudo de Wilson e colaboradores (2014) crianças com mais dificuldades temperamentais manifestaram piores hábitos de higiene do sono. Considerando o fator “neuroticismo” do “Junior Eysenk Personality Inventory” também Gau (2000) encontrou que adolescentes com índices mais elevados de “neuroticismo” tinham mais risco de problemas de sono, deitavam-se mais tarde e dormiam menos do que os que tinham índices mais baixos.

- Crenças Disfuncionais sobre o sono

Através da média geral da escala é possível apontar que os adolescentes tendem a não apresentar crenças muito disfuncionais sobre o sono. Os resultados estão em conformidade com os do estudo de Cortez (2014).

Em relação às variáveis demográficas são verificadas diferenças de género significativas, sendo que as raparigas apresentam crenças mais disfuncionais que os rapazes. Estudos comprovam que têm sido encontradas relação entre a predominância de pensamentos de catastrofização e ruminação relacionados com o sono em adolescentes do género feminino (Danielsson *et al.*, 2013; Noone *et al.*, 2014), o que pode estar relacionado com a maior existência de crenças disfuncionais sobre o sono nas raparigas. No entanto, no estudo de Días-Morales e colaboradores (2012) apresentam dados que mostram os rapazes como tendo crenças mais disfuncionais que as raparigas.

Quanto às correlações entre as crenças disfuncionais sobre o sono e o temperamento apresentam, de modo geral, um padrão de correlações positivas entre a escala global e os fatores, sugerindo que os adolescentes que obtêm médias mais

elevadas nos fatores do temperamento possuem crenças menos disfuncionais sobre o sono.

- Temperamento

Através das médias dos fatores conclui-se que os adolescentes apresentam bons níveis de reatividade e autorregulação.

Considerando as variáveis demográficas é possível observar diferenças de género significativas, já que as raparigas apresentam melhores médias nos fatores “extroversão”, “afetividade negativa” e “afiliação” indicando que experienciam mais afetividade positiva, nível elevado de atividade, assertividade, procura de sensações positivas, alegria e alta intensidade de prazer; têm maior propensão para experienciar sentimentos de raiva, ansiedade, e tristeza; e maior capacidade para demonstrar atos afetivos.

- Modelo preditivo da Qualidade do Sono

No presente estudo os resultados da regressão múltipla mostraram que as variáveis “higiene do sono”, “afetividade negativa”, “extroversão” e “confronto com esforço”, eram as que de entre todas as variáveis estudadas (“higiene do sono”, “crenças disfuncionais sobre o sono”, “controlo com esforço”, “extroversão”, “afetividade negativa”, “afiliação”, “género”, “idade” e “controlo parental”) explicavam de forma significativa (33,5%) a variabilidade da qualidade do sono. Estes resultados indicam que os adolescentes que reportam melhores hábitos de higiene de sono e melhores médias nos fatores “controlo com esforço”, “extroversão” e “afetividade negativa” do temperamento, apresentam, conseqüentemente, uma perceção mais saudável da qualidade do seu sono.

Comparando os resultados deste estudo com os encontrados por Cortez (2014) verifica-se que as variáveis “higiene do sono” e “crenças disfuncionais sobre o sono” explicavam 31% da variabilidade da qualidade do sono.

LeBourgeois e colaboradores (2005) verificaram que a variável “higiene do sono” explicava 27% da variabilidade da qualidade do sono, controlando os fatores sociodemográficos.

Também já haviam sido encontrados preditores significativos da qualidade do sono, relacionados com a higiene do sono e as crenças disfuncionais no estudo realizado por Brown, Walter, e Barlow (2002). No estudo de Moore e colaboradores (2010) os resultados mostraram que o fator “afiliação” é a preditora mais significativa dos problemas de sono, e que os fatores “controle com esforço” e “afetividade negativa” apresentam efeitos marginais de predição. 15% da variabilidade foi explicada pelos fatores do temperamento.

Os resultados reforçam a ideia de que higiene do sono é preditora da qualidade do sono na adolescência, assim os resultados do estudo de Moore e colaboradores (2010) que demonstraram que os fatores do temperamento são preditoras da qualidade do sono.

Os resultados reforçam ainda o mapa conceptual aqui apresentado que tem sustentação no modelo transacional do sono da criança e práticas parentais (Sadeh & Anders, 1993) para o sono na adolescência.

5. Conclusão e Considerações Finais

Esta investigação teve como objetivo descrever o padrão de sono, e estudar as dimensões qualidade do sono, higiene do sono, crenças disfuncionais em relação ao sono, controlo parental do sono, e relação entre temperamento e o sono numa amostra de adolescentes. Foi ainda considerado objetivo estudar a contribuição destas variáveis para a qualidade do sono.

Considerando os objetivos da presente investigação podemos concluir:

- Os adolescentes dormem menos uma hora do que é recomendado durante a semana, havendo, uma discrepância significativa entre o padrão de sono durante a semana e ao fim-de-semana.
- Uma percentagem de adolescentes, muito semelhante ao que é apontado em estudos internacionais, considera ter problemas de sono. A perceção de problemas de sono mostrou estar associada com a qualidade do sono, as crenças disfuncionais sobre o sono e o temperamento.
- A percentagem dos pais que participam na definição da hora de deitar é pequena. O controlo parental apresentou associações com a higiene do sono mas não mostrou ser preditivo da qualidade do sono.
- Em relação à qualidade do sono, é perceptível a dificuldade manifestada pelos adolescentes na fase de passagem para a vigília (após noite de sono) e no momento de ir para a cama. O domínio em que os adolescentes mostram menos dificuldades é o retomar o sono, mostrando que não sentem muitas dificuldades em voltar a adormecer após despertares noturnos.
- Relativamente à higiene do sono, verifica-se que os adolescentes da amostra raramente realizam sestas durante o dia, ou consomem álcool/tabaco depois das 18h, sendo estas as dimensões onde foram obtidas valores mais elevados de higiene. As principais dificuldades prendem-se com a estabilidade do sono, sendo que muitos adolescentes afirmam ficarem a pé ou dormirem durante mais algum tempo além da hora habitual de deitar ou levantar. Estes adolescentes mostraram ter piores resultados do que os encontrados em estudos similares com adolescentes europeus e americanos.

- Os adolescentes evidenciaram ter nível médio/baixo de crenças disfuncionais em relação ao sono. As crenças mostraram associações com a qualidade do sono, a higiene do sono e o temperamento, mas não mostraram ter efeito em relação à qualidade do sono.

- Quanto ao temperamento, observa-se que os adolescentes da amostra são pouco propensos a vivenciarem sentimentos de raiva, ansiedade, e tristeza. Apresentam facilidades na demonstração de atos afetivos, sendo capazes de partilhar sentimentos privados com outras pessoas.

- Em relação ao género as raparigas apresentam resultados mais baixos de qualidade do sono e higiene do sono, e valores mais elevados de crenças disfuncionais sobre o sono e temperamento.

- Em relação à idade os adolescentes mais novos têm resultados mais elevados de controlo parental e higiene do sono.

- As variáveis higiene do sono e os fatores “controlo com esforço”, “extroversão” e “afetividade negativa” do temperamento aparecem significativamente relacionadas com a qualidade do sono. Tendo sido demonstrado que mais de um quarto da qualidade do sono é explicado pela higiene do sono e pelos 3 fatores do temperamento mencionados.

Relativamente às limitações do estudo, para além da dimensão e tipo da amostra, que não permite a extrapolação dos resultados, o número de participantes mais velhos (*i.e.*, do 12º ano) são substancialmente menos que os dos anos académicos anteriores. Para além disso importa referir que todas as medidas utilizadas são de autorrelato, podendo, assim, existir enviesamentos. Quanto às horas de sono dormidas, seria importante que se usassem medidas objetivas para a avaliação do sono em adolescentes portugueses. Acrescenta-se, ainda, o facto de a dimensão “estratégias para o controlo da insónia” da ECDS não ter demonstrado um valor de consistência interna suficiente e como tal não ter sido usada nas análises sendo apenas usado o valor da escala global, sendo importante que outros estudos avaliem a sua validade item-total e realizem uma nova análise fatorial.

Concluindo, realça-se o facto de a presente investigação poder ser o ponto inicial para futuras investigações. A influência do temperamento no sono do adolescente,

abordada neste estudo, parece ser importante, pelo que poderá ser interessante que se realizem novos estudos, comparando populações de áreas geográficas distintas, de modo a clarificar se a associação entre esta variável e a qualidade do sono, higiene do sono e crenças disfuncionais sobre o sono mantêm-se.

Referências Bibliográficas

- Acebo, C., & Carskadon, M. A. (2010). Influence of irregular sleep patterns on waking behavior. In: Carskadon, M. A. (Eds.). *Adolescent Sleep Patterns: Biological, Social, and Psychological Influences*. Cambridge, MA: Cambridge University Press. (p. 221-235).
- Åkerstedt, T., & Folkard, S. (1995). Validation of the s and c components of the three-process model of alertness regulation. *Sleep*, 18, 1-6.
- Akiskal, H. S., Akiskal, K., Allilaire, J. F., Azorin, J. M., Bourgeois, M. L., Sechter, D., Fraud, J. P., Chatenêt-Duchêne, L., Lancrenon, S., Perugi, G., & Hantouche, E. G. (2005). Validating affective temperaments in their subaffective and socially positive attributes: psychometric, clinical and familial data from a French national study. *Journal of Affective Disorders*, 85, 29–36.
- Alfano, C., Zakem, A., Costa, N., Taylor, L., & Weems, C. (2009). Sleep problems and their relation to cognitive factors, anxiety, and depression symptoms in children and adolescents. *Depression and Anxiety*, 26, 503-512.
- Amaral, M., Pereira, C. F., Martins, D. S., Serpa, C., & Sakellarides, C. (2013). Prevalence and risk factors for insomnia among Portuguese adolescents. *European Journal of Pediatrics*, 172(10), 1305-1311.
- American Sleep Disorders Association. (1990). *International Classification of Sleep Disorders*. Lawrence, KS: Allen Press, Inc.
- Ankers, D., & Jones, S. H. (2009). Objective assessment of circadian activity and sleep patterns in individuals at behavioural risk of hypomania. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 1071–1086.
- Atkinson, E., Vetere, A., & Grayson, K. (1995). Sleep disruption in young children. The influence of temperament on the sleep patterns of pre-school children. *Child Care Health and Development*, 21(4), 233–246.
- Bearpark, H. M., & Mitchie, P. T. (1987). Prevalence of sleep/wake disturbances in Sidney adolescents [abstract]. *Journal of Sleep Research*, 16, 304.

- Benca, R. M., Obermeyer, W. H., Thisted, R. A., & Gillin, J. C. (1992). Sleep and psychiatric disorders. A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 49, 651–670.
- Blunden, S., Crawford, M., & Gregory, A. (2013). Development of a Short Version of the Dysfunctional Beliefs about Sleep Questionnaire for use with Children (DBAS-C10). *Journal of Sleep Research*, 2(3), 1-6.
- Borbély, A. A. (1982). A two process model of sleep regulation. *Human Neurobiology*, 1, 195-204.
- Borbély, A. A., Achermann, P., Trachsel, L., & Tobler, I. (1989). Sleep initiation and initial sleep intensity: interactions of homeostatic and circadian mechanisms. *Journal of biological rhythms*, 4, 149-160.
- Brown, F. C., Buboltz Jr, W. C., & Soper, B. (2002). Relationship of sleep hygiene awareness, sleep hygiene practices, and sleep quality in university students. *Behavioral Medicine*, 28(1), 33.
- Brown, F., Walter, B., & Barlow, S. (2002). Relationship of sleep hygiene awareness, sleep hygiene practices and sleep quality in university students. *Behavioral Medicine*, 1, 5-35.
- Bruni, O., Ferini-Strambi, L., Russo, P. M., Antignani, M., Innocenzi, M., Ottaviano, P., Valente, D., & Ottaviano, S. (2006). Sleep disturbances and teacher ratings of school achievement and temperament in children. *Sleep Medicine*, 7(1), 43–48.
- Buckhalt, J. A. (2011). Insufficient sleep and the socioeconomic status achievement gap. *Child Development Perspectives*, 5, 59–65.
- Buss, A., & Plomin, R. (1975). *A temperament theory of personality development*. New York: Wiley.
- Campbell, I. G., Darchia, N., Khaw, W. Y., Higgins, L. M., & Feinberg, I. (2005). Sleep EEG evidence of sex differences in adolescent brain maturation. *Sleep*, 28, 637-643.
- Campbell, I. G., Higgins, L. M., Trinidad, J. M., Richardson, P., & Feinberg, I. (2007). The increase in longitudinally measured sleepiness across adolescence is related to the maturational decline in low-frequency EEG power. *Sleep*, 30, 1677-1687.

- Capaldi, D. M., & Rothbart, M. K. (1992). Development and validation of an early adolescent temperament measure. *Journal of Early Adolescence*, 12, 153–173.
- Carskadon, M. (1990). Patterns of sleep and sleepiness in adolescents. *Pediatrician*, 17, 5-12.
- Carskadon, M. A. (2002). Factors influencing sleep patterns. In: Carskadon, M. A., ed. *Adolescent Sleep Patterns: Biological, Social, and Psychological Influences*. New York, NY: Cambridge University Press. (p. 4–26).
- Carskadon, M. A. (2010). Factors influencing sleep patterns of adolescents. In: Carskadon, M. A. (Eds.). *Adolescent Sleep Patterns: Biological, Social, and Psychological Influences*. Cambridge, MA: Cambridge University Press. (p. 4-26).
- Carskadon, M. A., & Dement, W. C. (2000). Normal human sleep: an overview. In Kryger, M. H., Roth, T., & Dement, W. C. (Eds.). *Principles and practice of sleep medicine* 3rd ed. Philadelphia: Saunders. (p. 53-71).
- Carskadon, M. A., Wolfson, A. R., Acebo, C., Tzischinsky, O., & Seifer, R. (1998). Adolescent sleep patterns, circadian timing, and sleepiness at a transition to early school days. *Sleep*, 21, 871-881.
- Carvalho, M. (2007). Vinculação, temperamento e processamento da informação: implicações nas perturbações emocionais e comportamentais no início da adolescência (tese de doutoramento). Universidade do Minho, Portugal.
- Chen, X., Beydoun, M. A., & Wang, Y. (2008). Is sleep duration associated with childhood obesity? A systematic review and meta-analysis. *Obesity*, 16, 265–274.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975–990.
- Colrain, I. (2011). Sleep and the Brain. *Neuropsychology Review*, 21, 1-4.
- Colrain, I., & Baker, F. (2011). Changes in sleep as a function of adolescent development. *Neuropsychology review*, 21, 5-21.
- Cordeiro, M. (2013). *O grande livro do adolescente*. Lisboa: A esfera dos livros.

Cortez, C. A. S. (2014). Qualidade do Sono, Higiene do Sono e Crenças sobre o sono em Adolescentes: Estudo Exploratório com Adolescentes entre os 14 e os 18 anos (dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal.

Crowley, S., Acebo, C., & Carskadon, M. (2007). Sleep, circadian rhythms, and delayed phase in adolescence. *Sleep Medicine*, 8(6), 602-612.

Curcio, G., Ferrara, M., & DeGennaro, L. (2006) Sleep loss, learning capacity and academic performance. *Sleep Medicine Review*, 10, 323-337.

Dahl, R. E., & Lewin, D. S. (2002). Pathways to adolescent health: Sleep regulation and behavior. *Journal of Adolescent Health*, 31, 175-184.

Danielsson, N., Harvey, A., MacDonald, S., Jansson-Frojmark, M., & Linton, S. (2013). Sleep Disturbance and Depressive Symptoms in Adolescence: The role of catastrophic worry. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(8), 1223-1233.

Danner, F. (2000). Adolescent sleep and daytime functioning: A national study. *Sleep*, 23(2), 199-200.

Del Ciampo, L. (2012). O sono na adolescência. *Adolescência & Saúde*, 9(2), 60-66.

Dement, W. C., & Vaughan, C. (2000). *The promise of sleep*. New York: Dell Trade Paperback.

Días-Morales, J. F., Prieto, P. D., Barreno, C. E., Mateo, M. J. C., & Randler, C. (2012). Sleep beliefs and chronotype among adolescents: the effect of a sleep education program. *Biological Rhythm Research*, 43(4), 397-412.

Dollman, J., Ridley, K., Olds, T., & Lowe, E. (2007). Trends in the duration of schoolday sleep among 10- to 15-year-old South Australians between 1985 and 2004. *Acta Paediatrica*, 96, 1011-1014.

Drake, C. L. (2007). *Managing chronic insomnia in the psychiatric patient*. Paper presented at the U.S. Psychiatric and Mental Health Congress, New York, NY, March 31, 2007.

Duarte, J. (2008). Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psico-afectivo na adolescência (tese de doutoramento em Saúde Mental). Universidade do Porto, Portugal.

Edinger, J. D., Wohlgemuth, W. K., Radtke, R. A., Marsh, G. R., & Quillian, R. E. (2001). Does cognitive-behavioral insomnia therapy alter dysfunctional beliefs about sleep? *Sleep*, 24, 591–599.

El Sheikh, M., & Buckhalt, J. A. (2005). Vagal regulation and emotional intensity predict children's sleep problems. *Developmental Psychobiology*, 46, 307–317.

El-Sheikh, M., Kelly, R. J., Sadeh, A., & Buckhalt, J. A. (2014). Income, ethnicity, and sleep: coping as a moderator. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, vol. 20, 3, 441-448.

Ellis, L. K. (2002). Individual differences and adolescence psychosocial development. Doctoral Thesis of Philosophy, Department of Psychology and the Graduate School, University of Oregon, EUA.

Ellis, L. K., & Rothbart, M. K. (2001). Revision of the Early Adolescent Temperament Questionnaire. *Poster presented at the 2001 Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development*. Minneapolis, Minnesota.

Else-Quest, N. M., Hide, J. S., Goldsmith, H. H., & Van Hulle, C. A. (2006). Gender differences in temperament: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 33–72.

Evans, L., Akiskal, H. S., Keck Jr., P. E., McElroy, S. L., Sadovnick, A. D., Remick, R. A., & Kelsoe, J. R. (2005). Familiarity of temperament in bipolar disorder: support for a genetic spectrum. *Journal of Affective Disorders*, 85, 153–168.

Feinberg, I., Higgins, L. M., Khaw, W. Y., & Campbell, I. G. (2006). The adolescent decline of NREM delta, an indicator of brain maturation, is linked to age and sex but not to pubertal stage. *American Journal of Physiology - Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 291, R1724-R1729.

Frediksen, K., Rhodes, J., Reddy, K., & Way, N. (2004). Sleepless in Chicago: Tracking the effects of adolescent sleep loss during middle school years. *Child Development*, 75(1), 84-95.

- Gaias, L. M., Garstein, M. A., Fisher, P. A., Putnam, S. P., Räikkönen, K., & Komsu, N. (2012). Cross-cultural temperamental differences in infants, children, and adults in the United States of America and Finland. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(2), 119-128.
- Gau, S. (2000). Neuroticism and sleep-related problems in adolescence. *Sleep*, 23, 1–8.
- Gau, S. F., & Soong, W. T. (1995). Sleep problems of junior high school students in Taipei. *Sleep*, 18, 667–673.
- Gau, S. F., & Soong, W. T. (2003). The transition of sleep-wake patterns in early adolescence. *Sleep*, 26, 449-454.
- Gellis, L. (2011). Children's sleep in the context of socioeconomic status, race, and ethnicity. In El-Sheikh, M. (Ed.), *Sleep and development: Familal and socio-cultural considerations*. New York, NY: Oxford University Press. (p. 219–244).
- Giannotti, F., & Cortesi F. (2002). Sleep patterns and daytime function in adolescence: an epidemiological survey of an Italian high-school student population. In: Carskadon M. A., ed. *Adolescent Sleep Patterns: Biological, Social, and Psychological Influences*. New York, NY: Cambridge University Press, (p.132–147).
- Giannotti, F., & Cortesi F. (2010). Sleep patterns and daytime function in adolescence: an epidemiological survey of an Italian high school student sample. In: Carskadon M. A. (Eds.). *Adolescent Sleep Patterns: Biological, Social, and Psychological Influences*. Cambridge, MA: Cambridge University Press, (p.132–147).
- Giannotti, F., Cortesi, F., Sebastiani, T., & Ottaviano, S. (2002). Circadian preference, sleep and daytime behaviour in adolescence. *Journal of Sleep Research*, 11, 191-199.
- Gibson, E. S., Powles, A. C., Thabane, L., O'Brien, S., Molnar, D. S., Trajanovic, N., Ogilvie, R., Shapiro, C., Yan, M., & Chilcott-Tanser, L. (2006). "Sleepiness" is serious in adolescence: Two surveys of 3235 Canadian students. *BMC Public Health*, 6:116.
- Gomes, A. C. A. (2005). Sono, sucesso académico e bem-estar em estudantes universitários (tese de doutoramento). Universidade de Aveiro, Portugal.
- Gomes, A., Tavares, J., Pinto de Azevedo, M. H. (2009). Padrões de Sono Em Estudantes Universitários Portugueses. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 545-552

- Goodnight, J. A., Bates, J. E., Staples, A. D., Pettit, G. S., & Dodge, K. A. (2007). Temperamental resistance to control increases the association between sleep problems and externalizing behavior development. *Journal of Family Psychology*, 21(1), 39–48.
- Gregory, A. M., Cox, J., Crawford, M. R., Holland, J., & Haravey, A. G. (2009). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep in children. *Journal of sleep research*, 18(4), 422-426.
- Grigg-Damberger, J. (2004). Neurologic disorders masquerading as pediatric sleep problems. *Pediatric Clinics of North America*, 51, 33-55.
- Hamilton, G. (2009). Types and treatment of pediatric sleep disorders. *Psychology in Schools*, 46(9), 899-998.
- Harvey, A. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 869–893.
- Harvey, A. G., Tang, N. K. Y., & Browning, L. (2005). Cognitive approaches to insomnia. *Clinical Psychology Review*, 25, 593–611.
- Hiller, R. M., Lovato, N., Gradisar, M., Oliver, M., & Slater, A. (2014). Trying to fall asleep while catastrophising: what sleep-disordered adolescents think and feel. *Sleep Medicine*, 15, 96-103.
- ICSD-2 - The International Classification of Sleep Disorders, (2005). American Academy of Sleep Medicine.
- Iglowstein, I., Jenni, O. G., Molinari, L., & Largo, R. H. (2003). Sleep Duration From Infancy to Adolescence: Reference Values and Generational Trends. *Pediatrics*, 111(2), 302.
- Jacobs, B. P., Bent, S. B., Tice, J. A., Blackwell, T., & Cummings, S. R. (2005). An Internet-based randomized, placebo-controlled trial of kava and valerian for anxiety and insomnia. *Medicine*, 84, 197–207.
- Jansson-Fröjmark, M., & Linton, S. J. (2007). Is perfectionism related to pre-existing and future insomnia? *British Journal Clinical of Psychology*, 46, 119–124.

- Jenni, O. G., & Carskadon, M. A. (2004). Spectral analysis of the sleep electroencephalogram during adolescence. *Sleep*, 27, 774-783.
- Jenni, O. G., Achermann, P., & Carskadon, M. A. (2005). Homeostatic sleep regulation in adolescents. *Sleep*, 28, 1446-1454.
- Jenni, O. G., Va Reen, E., & Carskadon, M. A. (2005). Regional differences of the sleep electroencephalogram in adolescents. *Journal of Sleep Research*, 14, 141-147.
- Jenni, O., & O'Conner, B. (2005). Children's sleep: an interplay between biology and culture. *Pediatrics*, 115(1), 204-218.
- Johnson, E., & Breslau, N. (2001). Sleep problems and substance use in adolescence. *Drug and alcohol dependences*, 64(1), 1-7.
- Kahn, A., Van de Merckt, C., Rebuffat, E., Mozin, M. J., Sottiaux, M., Blum, D., & Hennart, P. (1989). Sleep problems in healthy preadolescents. *Pediatrics*, 84(3), 542-546.
- Kales, A., Caldwell, A. B., Preston, T. A., Healey, S., & Kales, J. D. (1976). Personality patterns in insomnia. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1128-1134.
- Kaplan, S. G., Ali, S. K., Simpson, B., Britt, V., & McCall, W. V. (2013). Associations between sleep disturbance and suicidal ideation in adolescents admitted to an inpatient psychiatric unit. *International journal of adolescent medicine and health*, 19(1), 1-6.
- Kiess, W., Gausche, R., Keller, A., Burmeister, J., Willgerodt, H., & Keller, E. (2001). Computer-guided, population-based screening system for growth disorders (CrescNet) and on-line generation of normative data for growth and development. *Hormone Research in Pediatrics*, 56(Suppl. 1), 59-66.
- Knutson, K. L. (2012). Does inadequate sleep play a role in vulnerability to obesity? *American Journal of Human Biology*, 24, 361-371.
- Laberge, L., Petit, D., Simard, C., Vitaro, F., Tremblay, R. E., & Montplaisir, J. (2001). Development of sleep patterns in early adolescence. *Journal of Sleep Research*, 10, 59-67.

- LeBourgeois, M., Giannotti, F., Cortesi, F., Wolfson, A., & Harsh, J. (2005). The Relationship Between Reported Sleep Quality and Sleep Hygiene in Italian and American Adolescents. *Pediatrics*, 115(1), 257-265.
- Liu, X., Uchiyama, M., Okawa, M., & Kurita, H. (2000). Prevalence and correlates of self-reported sleep problems among Chinese adolescents. *Sleep*, 23, 27–34.
- Manni, R., Ratti, M. T., Marchioni, E., Castelnovo, G., Murelli, R., Sartori, I., Galimberti, C. A., & Tartara, A. (1997). Poor sleep in adolescents: a study of 869 17-year-old Italian secondary school students. *Journal of Sleep Research*, 6, 44–49.
- Mastin, D. F., Bryson, J., & Corwyn, R. (2006). Assessment of sleep hygiene using the Sleep Hygiene Index. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 223–227.
- Matos, M. G., Gaspar, T., Tomé, G., & Paiva, T. (2015). Sleep variability and fatigue in adolescents: Associations with school-related features. *International Journal of Psychology*, 1-9.
- Meltzer, L., & Mindell, J. (2008). Behavioral Sleep Disorders in Children and Adolescents. *Sleep Medicine Clinics*, 3, 269-279.
- Millman, R. P. (2005). Excessive sleepiness in adolescents/young adults: causes and consequences and treatment strategies. Working group on sleepiness in Adolescents and young adults, AAP Committee on Adolescence. *Pediatrics*, 115(6), 1774-1786
- Mindell, J. A., & Owens, J. A. (2010). *A Clinical Guide to Pediatric Sleep: Diagnosis and Management of Sleep Problems*. 2nd ed. US: Lippincott Williams & Wilkins.
- Monroe, L. J., & Marks, P. A. (1977). MMPI differences between adolescent poor and good sleepers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 151–152.
- Moore, M., Kirchner, H. L., Drotar, D., Johnson, N., Rosen, C., & Redline, S. (2011). Correlates of adolescent sleep time and variability in sleep time: The role of individual and health related characteristics. *Sleep Medicine*, 12, 239-245.
- Moore, M., Slane, J., Mindell, J. A., Burt, S. A., & Klump, K. L. (2011). Sleep problems and temperament in adolescents. *Child: Care, Health & Development*, 37(4), 559-562.

- Moreno, T. (2013). Estudo da sonolência diurna e hábitos de sono numa população escolar dos 11-15 anos, validação em português da “Pediatric Daytime sleepiness scale” (dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal.
- Morgan, K., Healey, D. W., & Healey, P. J. (1989). Factors influencing persistent subjective insomnia in old age: a follow-up study of good and poor sleepers aged 65 to 74. *Age Ageing*, 18, 117–122.
- Morin, C. M., Colecchi, C., Stone, J., Sood, R., & Brink, D. (1999). Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia – a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 281(11), 991–999.
- Morin, C. M., Stone, J., Trinkle, D., Mercer, J., & Remsberg, S. (1993). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep among older adults with and without insomnia complaints. *Psychology and Aging*, 8(3), 463–467.
- Morrison, D. N., McGee, R., & Stanton, W. R. (1992). Sleep problems in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 94–99.
- Muris, P., & Meesters, C. (2009). Reactive and regulative temperament in youths: Psychometric evaluation of the Early Adolescent Temperament Questionnaire-Revised. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 7-19.
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2005). The role of temperament in the etiology of child psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 271–289.
- Muris, P., Meesters, C., & Blijlevens, P. (2007). Self-reported reactive and regulative temperament in early adolescence: Relations to internalizing and externalizing problem behavior and “Big Three” personality factors. *Journal of Adolescence*, 30, 1035-1049.
- Muris, P., Meesters, C., & Gobel, M. (2001a). Reliability, validity, and normative data of the Penn State Worry Questionnaire in 8-to-12-year old children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32, 63–72.
- Napoli, M. (2005). Melatonin, the over-the-counter sleep aid has some effectiveness. *Health Facts*, 30, 6.
- Nguyen, N. N., Yu, S. S., & Song, J. C. (2005). Ramelteon. *Formulary*, 40, 146–155.

- Noland, H., Price, J., Dake, J., & Telljohann, S. (2009). Adolescent's sleep behaviors and perceptions of sleep. *Journal of School Health, 79*(5), 224-230.
- Noone, D., Willis, T., Cox, J., Harkness, F., Ogilvie, J., Forbes, E., Sterr, A., & Gregory, A. (2014). Catastrophizing and the poor sleep quality in early adolescent females. *Behavioral Sleep Medicine, 12*(1), 41-52.
- Nuutinen, T., Roos, E., Ray, C., Villberg, J., Välimaa, R., Rasmussen, M., Holstein, B., Godeau, E., Beck, F., Léger, D., & Tynjälä, J. (2014). Computer use, sleep duration and health symptoms: a cross-sectional study of 15-year olds in three countries. *International Journal of Public Health, 59*, 619-628.
- Ohayon, M. M., Carskadon, M. A., Guilleminault, C., & Vitiello, M. V. (2004). Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep, 27*(7), 1255-1273.
- Ohayon, M. M., Caulet, M., & Lemoine, P. (1998). Comorbidity of mental and insomnia disorders in the general population. *Comprehensive Psychiatry, 39*, 185–197.
- Ohayon, M. M., Roberts, R. E., Zulley, J., Smirne, S., & Priest, R. G. (2000). Prevalence and patterns of problematic sleep among older adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*, 1549–1556.
- Ohida, T., Osaki, Y., Doi, Y., Tanihata, T., Minowa, M., Suzuki, K., Wada, K., Suzuki, K., & Kaneita, Y. (2004). An epidemiologic study of self-reported sleep problems among Japanese adolescents. *Sleep, 27*(5), 978-85.
- Olds, T., Blunden, S., Petkov, J., & Forchino, F. (2010). The relationships between sex, age, geography and time in bed in adolescents: A meta-analysis of data from 23 countries. *Sleep Medicine Reviews, 14*, 371-378.
- Owens, J. (2004). Sleep in children: Cross-cultural perspectives. *Sleep and biological rhythms, 2*, 165-173.
- Owens, J. A., Spirito, A., McGuinn, M., & Nobile, C. (2000c). Sleep habits and sleep disturbance in elementary school-aged children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 21*(1), 27–36.

- Owens-Stively, J., Frank, N., Smith, A., Hagino, O., Spirito, A., Arrigan, M., & Alario, A. J. (1997). Child temperament, parenting discipline style, and daytime behavior in childhood sleep disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 18, 314–321.
- Paavonen, E., Almqvist, F., Tamminen, T., Moilanen, I., Piha, J., Rasanen, E., & Aronen, E. (2002). Poor sleep and psychiatric symptoms at school: an epidemiological study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 10–17.
- Parker, K. P., Nadolski, N., Adams, M., & Valerio, T. D. (2007). Update on insomnia: Evaluation and treatment in primary care. *Monograph*, Program Identification 0707331, 1–21.
- Pinto, T. R., Amaral, C., Silva, V., Silva, J., Leal, I., & Paiva, T. (2012). Hábitos de sono e ansiedade, depressão e stresse: que relação? *Actas do 12º congresso de psicologia e educação*, 990-1002.
- Pizza, F., Contardi, S., Antognini, A. B., Zagoraiou, M., Borrotti, M., Mostacci, B., Mondini, S., & Cirignotta, F. (2010). Sleep quality and motor vehicle crashes in adolescents. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 6(1), 41.
- Price, V. A., Coates, T. J., Thoresen, C. E., & Grinstead, O. A. (1978). Prevalence and correlates of poor sleep among adolescents. *American Journal of Diseases of Children*, 132, 583–586.
- Randler, C., Bilger, S., & Díaz-Morales, J. (2009). Associations among sleep, chronotype, parental monitoring, and pubertal development among German adolescents. *The journal of adolescents*, 143(5), 509-520.
- Reid, G. J., Hong, R. Y., & Wade, T. J. (2009). The relation between common sleep problems and emotional and behavioral problems among 2- and 3-year-olds in the context of known risk factors for psychopathology. *Journal of Sleep Research*, 18(1), 49–59.
- Reid, A., Maldonado, C. C., & Baker, F. C. (2002). Sleep behavior of South African Adolescents. *Sleep*, vol. 25, 4, 417-421.

- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Chen, I. G. (2000). Ethnocultural differences in sleep complaints among adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 222–229.
- Rosen, C., Zozula, R., Jahn, G., & Carson, L. (2001). Low rates of recognition of sleep disorders in primary care: Comparison of a community-based versus clinical academic setting. *Sleep Medicine*. 2(1), 47-55.
- Rothbart, M. K. & Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. In: Lamb, M. E.; & Brown, A. L., eds. *Advances in developmental psychology*. Vol. 1. Erlbaum: Hillsdale, New Jersey. (p. 37-86).
- Rothbart, M. K. (1981). Measurement of temperament in infancy. *Child Development*, 52, 569–578.
- Rothbart, M. K. (1989). Temperament in childhood: A framework. In: Kohnstamm, G. A.; Bates, J. E.; & Rothbart, M. K., eds. *Temperament in Childhood*. Wiley: New York.
- Rothbart, M. K. (2011). *Becoming who we are: Temperament and personality in development*. New York: Guilford Press.
- Rothbart, M. K. (2011). Early temperament and psychosocial development. In Tremblay, R. E., Boivin, M., & Peters, R. V. (Eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development. Retirado de <http://www.child-encyclopedia.com/documents/RothbartANGxp2.pdf> em 24/06/2015.
- Rothbart, M. K. (2012). *Becoming who we: Temperament and personality in development*. New York: The Guilford Press.
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (1998). Temperament. In Eisenberg, N. & Damon, W. (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* Vol. 3. New York: Wiley. (pp. 105–176).
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (2006). Temperament. In Eisenberg, N., Damon, W., & Lerner, R. M. (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* Vol. 3. Hoboken, NJ: Wiley. (pp. 99–166).

- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., & Evans, D. E. (2000). Temperament and personality: Origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 122–135.
- Rothbart, M. K., Ellis, L. K., & Posner, M. I. (2004). Temperament and self-regulation. In Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (Eds.), *Handbook of self-regulation: research, theory and applications*. New York: Guilford Press. (p.357-370).
- Sadeh, A., & Anders, T. (1993). Infant sleep problems: origins, assessment, interventions. *Journal of Infant Mental Health*, 14, 17–34.
- Sadeh, A., Dahl, R. E., Shahar, G., & Rosenblat-Stein, S. (2009). Sleep and the transition to adolescence: a longitudinal study. *Sleep*, 32(12), 1602-1609.
- Sadeh, A., Lavie, P., & Scher, A. (1994). Sleep and temperament: maternal perceptions of temperament of sleep-disturbed toddlers. *Early Education and Development*, 5, 311–322.
- Sadeh, A., Raviv, A., & Gruber, R. (2000). Sleep patterns and sleep disruptions in school-age children. *Developmental Psychology*, 36(3), 291-301.
- Saletu-Zyhlarz, G. M., Abu-Bakr, M. H., Anderer, P., Gruber, G., Mandl, M., Strobl, R., Gollner, D., Prause, W., & Saletu, B. (2002). Insomnia in depression: differences in objective and subjective sleep and awakening quality to normal controls and acute effects of trazodone. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 26, 249–260.
- Saletu-Zyhlarz, G. M., Abu-Bakr, M. H., Anderer, P., Semler, B., Decker, K., Parapatics, S., Tschida, U., Winkler, A., & Saletu, B. (2001). Insomnia related to dysthymia: polysomnographic and psychometric comparison with normal controls and acute therapeutic trials with trazodone. *Neuropsychobiology*, 44, 139–149.
- Saletu-Zyhlarz, G., Saletu, B., Anderer, P., Brandstätter, N., Frey, R., Gruber, G., Klösch, G., Mandl, M., Grünberger, J., & Linzmayer, L. (1997). Nonorganic insomnia in generalized anxiety disorder. 1. Controlled studies on sleep, awakening and daytime vigilance utilizing polysomnography and EEG mapping. *Neuropsychobiology*, 36, 117–129.

- Schmidt, R. E., Gay, P., Ghisletta, P., & Van der Linden, M. (2010). Linking impulsivity to dysfunctional thought control and insomnia: a structural equation model. *Journal of sleep research*, 19(1-Part-I), 3-11.
- Schulenberg, J., Sameroff, A., & Cicchetti, D. (2004). The transition to adulthood as critical juncture in the course of psychopathology and mental health. *Development and Psychopathology*, 16(4), 799–806.
- Shepoval'nokov, A. N., Gal'perina, E. I., & Kruchinina, O. V. (2014). "Microcyclic" changes in brain bioelectrical activity at different stages of natural sleep in humans. *Neuroscience and Behavioral Psysiology*, vol. 44, 4, 435-441.
- Short, M. A., Gradisar, M., Gill, J., Camfferman, D. (2013). Identifying adolescent sleep problems. *PLOS ONE*, 8(9), e75301.
- Short, M. A., Gradisar, M., Wright, H., Lack, L. C., Dohnt, H., & Carskadon, M. A. (2011). Time for bed: Parent-set bedtimes associated with improved sleep and daytime functioning in adolescents. *Sleep*, 34(6), 797-800.
- Shub, D., Darvishi, R., & Kunik, M. E. (2009). Non-pharmacologic treatment of insomnia in persons with dementia. *Geriatrics*, 64, 22–26.
- Silva, G., Goodwin, J., Parthasarathy, S., Sherrill, D., Vana, K., Drescher, A., & Quan, S. (2011). Longitudinal association between short sleep, body weight and emotional and learning problems in Hispanic and Caucasian children. *Sleep*, 34(9), 1197-1205.
- Singh, G. K., & Kenney, M. K. (2013). Rising Prevalence and Neighborhood, Social, and Behavioral Determinants of Sleep Problems in US Children and Adolescents, 2003-2012. *Sleep Disorders, Article ID 394320*, 1-15.
- Spear, L. P. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 24, 417-463.
- Stores, G. (2009). Aspects of sleep disorders in children and adolescents. *Dialogues in clinical neurosciences*, 11(1), 81-90.
- Storfer-Isser, A., LeBourgeois, M., Harsh, J., Tompsett, C., & Redline, S. (2013). Psychometric Properties of the Adolescent Sleep Hygiene Scale. *Journal of Sleep Research*, 22(6), 707-716.

Strauch, I., & Meier, B. (1988). Sleep need in adolescents: a longitudinal approach. *Sleep, 11*, 378-386.

Strauch, I., & Meier, B. (1988). Sleep need in adolescents: a longitudinal approach. *Sleep, 11*, 378–386.

Tagaya, H., Uchiyama, M., Ohida, T., Kamei, Y., Shibui, K., Ozaki, A., Tan, X., Suzuki, H., Aritake, S., LI, L. & Takahashi, K. (2004). Sleep habits and factors associated with short sleep duration among Japanese high-school students: A community study. *Sleep and Biological Rhythms, 2*, 57–64.

Taylor, D. J., Jenni, O. G., Acebo, C., & Carskadon, M. A. (2005). Sleep tendency during extended wakefulness: insights into adolescent sleep regulation and behavior. *Journal of Sleep Research, 14*, 239-244.

Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. Oxford, England: Brunner/Mazel.

Thorpy, M. D. (2007). *Sleep hygiene*. Retrieved from the National Sleep Foundation Web site: <http://www.sleepfoundation.org/article/ask-the-expert/sleep-hygiene>

Thorpy, M. J., & Yager, J. (2001). *The encyclopedia of sleep and sleep disorders* (2nd ed.). New York: Facts on File.

Tonetti, L., Fabbri, M., & Natale, V. (2008). Sex differences in sleep-time preference and sleep need: a cross-sectional survey among Italian pre-adolescents, adolescents, adults. *Chronobiology International: The Journal of Biological and Medical Rhythm Research, 25*(5), 745-759.

Tremaine, R., Dorrian, J., & Blunden, S. (2010). Subjective and objective sleep in children and adolescents: measurement, age, and gender differences. *Sleep and biological rhythms, 8*, 229-238.

Tynjala, J., Kannas, L., Levalahti, E., & Valimaa, R. (1999). Perceived sleep quality and its precursors in adolescents. *Health Promotion International, 14*, 155–166.

Van den Bulck, J. (2004). Television Viewing, Computer Game Playing, and Internet Use and Self-Reported Time to Bed and Time out of Bed in Secondary-School Children. *Sleep, 27*(1), 101-104.

Van den Bulck, J. (2007). Adolescent use of mobile phones for calling and for sending text messages after lights out: results from a prospective cohort study with a one-year follow-up. *Sleep*, 30(9), 1220-1223.

Vincent, N. K., & Walker, J. R. (2001). Anxiety sensitivity: predictor of sleep-related impairment and medication use in chronic insomnia. *Depression and Anxiety*, 14, 238–243.

Vincent, N., Cox, B., & Clara, I. (2009). Are personality dimensions associated with sleep length in a large nationally representative sample? *Comprehensive Psychiatry*, 50, 158–163.

Walsh, J. K. (2004). Clinical and socioeconomic correlates of insomnia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (Suppl 8), 13–19.

Ward, C. R. (2006). Ramelteon (Rozerem) for insomnia. *American Family Physician*, 73(8), 1437–1438. Retrieved from www.aafp.org/afp/2006/0415/p1437.html

Waters, W. F., Adams, S. G., Binks, P., & Varnado, P. (1993). Attention, stress and negative emotion in persistent sleep-onset and sleep-maintenance insomnia. *Sleep*, 16, 128–136.

Wessell, A. M., & Weart, C. W. (2005). Eszopiclone (Lunesta) for treatment of transient and chronic insomnia. *American Family Physician*, 71, 2359–2360.

Wiggins, S. A., & Freeman, J. L. (2014). Understanding Sleep during Adolescence. *Pediatric Nursing*, 40(2), 91-98.

Wilson, K. E., Lumeng, J. C., Kaciroti, N., Yu-Pu Chen, S., LeBourgeois, M. K., Chervin, R. D., & Miller, A. L. (2014). Sleep Hygiene Practices and Bedtime Resistance in low-income preschoolers: Does temperament matter?. *Behavioral Sleep Medicine*, 00, 1-12.

Wolf, A. W., Lozoff, B., Latz, S., & Paludetto R. (1996). Parental Theories in the Management of Young Children's Sleep in Japan, Italy, and the United States. In: Harkness, S., Super, C. M., eds. *Parents' Cultural Belief Systems: Their Origins, Expressions, and Consequences*. New York: Guilford Press. (p. 364–384).

Wolfson, A. R., & Carskadon, M. A. (1998). Sleep schedules and daytime functioning in adolescents. *Child Development*, 69, 875-887.

Worthman, C. M., & Melby, M. K. (2002). Toward a comparative developmental ecology of human sleep. In: Carskadon, M. A., ed. *Adolescent Sleep Patterns: Biological, Social, and Psychological Influences*. Cambridge, MA: Cambridge University Press. (p. 69–117).

Zarcone, V. (2002). Sleep hygiene. In: Kryger, M. H., & Dement, W. C., eds. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 3rd ed. Philadelphia, PA: W. B. Saunders Co. (p. 657–661).

Zentner, M., & Bates, J. E. (2008). Child temperament: An integrative review of concepts, research programs, and measures. *European Journal of Developmental Science*, 2(1/2), 7-37.

Zulley, J. (1980). Distribution of REM sleep in entrained 24 hour and free running sleep-wake cycles. *Sleep*, 2, 377-389.

Anexos

1) Apresentação do estudo às instituições de ensino



Exmo. Sr. Presidente da Escola Secundária

Assunto: Estudo sobre Sono na Adolescência

Exmo. Senhor_____

Vimos por este meio apresentar, e pedir a vossa colaboração, para a realização, na Escola Secundária de Raul Proença, de um estudo sobre Sono na Adolescência.

Apesar dos estudos em Portugal serem ainda em número reduzido, investigações neste âmbito têm concluído que a qualidade de sono dos adolescentes é deficiente, e que esta população apresenta níveis elevados de perturbações de sono. Estas perturbações têm mostrado estar associadas a pior rendimento escolar, ao aumento de agitação comportamental, ao aumento de acidentes, a níveis mais elevados de irritabilidade, de ansiedade e de depressão. A qualidade do sono resulta de causas múltiplas que incluem os comportamentos e rotinas anteriores ao deitar, e as crenças que os jovens têm em relação ao sono e a dormir.

Com este estudo pretende-se avaliar a qualidade do sono, as rotinas de sono e as crenças sobre o sono em adolescentes entre os 14 e os 17 anos.

Definem-se como objetivos específicos:

- (1) A avaliação da perceção que os adolescentes têm da sua qualidade do sono nas dimensões: ir dormir; adormecer, manter o sono, reiniciar o sono e acordar;
- (2) A identificação de rotinas e de práticas que antecedem ir dormir;
- (3) A avaliação de crenças sobre o sono nas dimensões; consequências imediatas da insónia; consequências a longo termo da insónia; e controlo da insónia;
- (4) Avaliação de fatores de temperamento e sua relação com o sono;

(5) O estudo das associações entre os resultados dos objetivos específicos 1,2,3,4 e variáveis socio-demográficas.

O estudo destina-se à população comunitária de adolescentes entre os 14 e os 17 anos. Aos participantes será pedido o preenchimento de 4 questionários (Escala de Higiene do Sono para Adolescentes; Questionário sobre qualidade de sono e rotinas de sono; Questionário sobre crenças e atitudes sobre o sono; e questionário sobre o temperamento) com tempo estimado de 40m.

A participação dos adolescentes é voluntária e anónima e só será efectiva depois da assinatura de um documento de consentimento informado (que anexamos) dos encarregados de educação. Os resultados serão exclusivamente tratados pela equipa de investigação e utilizados para fins científicos.

Este estudo está a ser realizado no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença, por Monalisa Gomes aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia, sob orientação de Margarida Cabugueira Custódio dos Santos, Professora Auxiliar convidada da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Quanto aos procedimentos a equipa de investigação deslocar-se-á às instalações das Escolas e será responsável pela distribuição e recolha de todos os instrumentos. Às Escolas é apenas pedida a distribuição, aos estudantes, do documento de consentimento informado, que eles devem entregar a um professor que se disponibilize para colaborar.

Os dias e as horas para o preenchimento serão definidos pelas Escolas, de forma a que a investigação interfira o menos possível com as actividades académicas.

A equipa de investigação disponibiliza-se para regressar às Escolas para apresentação dos resultados, e, se for considerado adequado pelas Direcções, para a realização de um Seminário sobre Sono na Adolescência.

Agradecendo deste já a vossa atenção envio, em nome da Equipa de Investigação, os melhores cumprimentos e reafirmo a disponibilidade para qualquer informação adicional

Contato: mmsantos@fp.ul.pt

2) Consentimento informado (pais)

Consentimento Informado

Vimos convidar o seu filho para participar num estudo sobre sono na adolescência. Com este estudo pretendemos conhecer os hábitos e rotinas de sono dos adolescentes, e perceber as suas dificuldades em adormecer e no acordar.

Este estudo está a ser realizado no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença, e será conduzido por Monalisa Gomes e Carolina Cortez respectivamente aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia, e Mestre em Psicologia, sob orientação de Margarida Cabugueira Custódio dos Santos, Professora Auxiliar convidada da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

O estudo está dirigido a adolescentes entre os 14 e os 17 anos. A participação dos adolescentes faz-se através do preenchimento de um questionário de dados demográficos e quatro questionários sobre as suas rotinas de sono; seus pensamentos em relação ao sono; sobre a percepção que têm da qualidade do seu sono; e o temperamento. Os questionários serão respondidos em contexto escolar, com a presença da equipa de investigação, em dias e horas que interfiram o menos possível com as atividades académicas. O tempo previsto para o preenchimento é de 30 m.

A participação é voluntária e o preenchimento dos questionários é anónimo, pelo que nem o nome, nem qualquer identificação do seu filho constará em nenhum processo. Os resultados serão tratados pela equipa de investigação e utilizados exclusivamente para fins científicos. Os resultados serão disponibilizados em artigo científico e/ou em sessão agendada pela escola.

A recusa em participar não terá qualquer consequência para o seu filho e ele, ou o encarregado de educação, poderão suspender a participação a qualquer altura.

Para podermos contar com a participação do seu filho/encarregando de educação solicitamos que assine este consentimento e o devolva ao diretor de turma do seu filho, ou ao professor que o director de turma indicar.

MUITO OBRIGADA

- Declaro que fiquei esclarecido(a) em relação ao estudo e que autorizo a participação do meu encarregando de educação.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura _____

Para informações adicionais por favor contate

Margarida Cabugueira Custódio dos Santos- mmsantos@fp.ul.pt ou TM 9160335

3) Explicação do estudo aos alunos

EXPLICAÇÃO AOS JOVENS – no momento anterior à entrega dos questionários

Bom dia, estamos na vossa Escola para vos convidar a participar num estudo sobre o sono na Adolescência. Este assunto tem sido bastante discutido e para compreender melhor como dormem e que problemas de sono têm os jovens portugueses precisamos da vossa ajuda e participação. A vossa participação é voluntária e deve demorar não mais de 30m. Aos que quiserem participar nós vamos entregar quatro questionários com perguntas sobre os vossos hábitos de sono, o que vocês pensam sobre o vosso sono e o vosso temperamento. Não há respostas certas nem erradas. Queremos apenas saber o que cada um de vós pensa. As respostas são anónimas, não devem por isso escrever o vosso nome ou número em nenhuma das folhas. Quando acabarem uma de nós passará a recolher os questionários nesta urna (mostrar).


Os dados serão tratados por nós e vocês poderão ter acesso aos resultados globais (isto é de todos os jovens que participaram) ou através de um seminário aqui na Escola ou através de relatório que escreveremos sobre o “Sono nos Adolescentes”. Nele iremos incluir resultados sobre as rotinas de sono, a qualidade do sono e as crenças dos jovens sobre o sono.

Como dissemos a vossa participação é voluntária. Para além disso poderão desistir de participar em qualquer momento (mesmo que seja a meio do preenchimento dos questionários). Nós estaremos aqui para ajudar nas vossas dúvidas.

Obrigada desde já a todos os que quiserem participar

4) Questionários


(Por não ter sido obtida autorização dos autores para publicação, é apresentado o início de cada questionário).



Faculdade de Psicologia
UNIVERSIDADE DE LISBOA

AQSA

(LeBourgeois et al.2005;
Versão Portuguesa: L.Barros, A.Fernandes & A.M.Rodrigues,2014)



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE DE LISBOA


Instruções

Estamos interessados em conhecer melhor como é o teu sono. Em baixo encontras um conjunto de afirmações sobre o que acontece à hora de deitar, durante o sono e ao acordar. Pensa sobre o teu sono nas últimas duas semanas e, para cada afirmação, escolhe a opção com que melhor descreve a tua experiência.

Modo de preenchimento do CÍRCULO :

Modo de preenchimento do CÍRCULO no caso de engano :


	Sempre	Quase sempre	Frequente mente	Poucas vezes	Raramente	Nunca
Na hora de deitar...						
1.Quando é hora de ir para a cama apetece-me ficar a pé a fazer outras coisas (ex: ver TV, jogar computador ou falar ao telemóvel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. É difícil eu obrigar-me e a ir para a cama à hora de deitar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estou pronto para ir para a cama à hora de deitar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Eu gosto da hora de ir para a cama.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Faculdade de Psicologia
UNIVERSIDADE DE LISBOA

EHSA

Escala de Higiene do Sono para Adolescentes
(Storfer-Isser et al, 2013)
(Versão Portuguesa: M. Santos & C. Cortez ,2014)



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Instruções

Utilizando as possibilidades apresentadas, indica o quão frequentemente têm ocorrido os seguintes acontecimentos durante o último mês.

Nunca - não aconteceu; Raramente - aconteceu 20% das vezes; Às vezes - aconteceu 40% das vezes; Muitas vezes - aconteceu 60% das vezes; Frequentemente, se não sempre - aconteceu 80% das vezes; Sempre - aconteceu 100% das vezes

Modo de preenchimento do CÍRCULO :

Modo de preenchimento do CÍRCULO no caso de engano :

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Frequentemente	Sempre
Durante o dia...						
1) ...Durmo uma sesta com duração superior a 1 hora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) ...Faço exercício físico durante mais que 20 minutos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depois das 18h...						

81

--	--	--

Instruções

Em baixo, estão frases com algumas formas de pensar e algumas atitudes que as pessoas têm acerca do sono. Por favor, assinala o grau em que concordas ou discordas dessas frases. Não há respostas certas nem erradas. Para cada uma das frases, preenche o círculo do seguinte modo, de acordo com o que pensas:

Modo de preenchimento do CÍRCULO :



Modo de preenchimento do CÍRCULO no caso de engano :



	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. Eu tenho que dormir pelo menos 9 horas para conseguir sentir-me bem e sentir que consigo funcionar durante o dia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Quando há uma noite em que não consigo dormir o que necessito, eu tenho que compensar, dormindo até mais tarde no dia seguinte ou fazendo sestas durante o dia seguinte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EATQ-RSF

(Ellis & Rothbart, 1999)
(Versão Portuguesa: M. Carvalho, 2007)

Instruções

Vais encontrar um conjunto de afirmações que as pessoas utilizam para se descreverem. Estas afirmações referem-se a um grande número de actividades e atitudes. Para cada uma das afirmações, assinala com um círculo a resposta que melhor descreve até que ponto cada frase se aplica a ti. Não há respostas certas. As pessoas são bastante diferentes na forma como se sentem em relação ao que está descrito. Usa a escala seguinte para descrever até que ponto cada uma das afirmações se aplica a ti:

Número a assinalar: Se a afirmação é:

- 1 Quase nunca se aplica a ti
- 2 Habitualmente, não se aplica a ti
- 3 Por vezes aplica-se, por vezes não se aplica
- 4 Habitualmente, aplica-se a ti
- 5 Quase sempre se aplica a ti

NOTA: Verifica se respondeste a todas as questões em ambas as páginas. Para cada uma das frases, preenche o círculo do seguinte modo, de acordo com o que pensas:

Modo de preenchimento do CÍRCULO :



Modo de preenchimento do CÍRCULO no caso de engano :



	Quase nunca se aplica a ti	Habitualmente, não se aplica a ti	Por vezes se aplica, por vezes não se aplica	Habitualmente, aplica-se a ti	Quase sempre se aplica a ti
1) É, para mim, fácil concentrar-me verdadeiramente nos trabalhos de casa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Sinto-me bastante feliz a maior parte do dia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5) Resultados

5.1. Normalidade

Testes de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
aqsa_total	,051	164	,200 [*]	,977	164	,007
ehsa_total	,083	164	,008	,966	164	,000
dbas_total	,069	164	,054	,993	164	,591
eatq_fatorControlocomes forço	,070	164	,050	,990	164	,274
eatq_fatorExtroversão	,062	164	,200 [*]	,994	164	,794
eatq_fatorAfetividade neg ativa	,052	164	,200 [*]	,990	164	,316
eatq_fatorAfiliação	,042	164	,200 [*]	,992	164	,468

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

5.2. Consistência interna e estatística descritiva dos domínios do EATQ-R

EATQ	Alfa de <i>Cronbach</i>	N de itens
Controlo de ativação	0,665	5
Afiliação	0,659	5
Atenção	0,323	6
Medo	0,569	6
Frustração	0,626	7
Alta intensidade de prazer	0,525	6
Controlo inibitório	0,351	5
Sensibilidade ao prazer	0,610	5
Sensibilidade percetiva	0,691	4
Timidez	0,814	4
Agressão	0,622	6
Humor depressivo	0,584	6

Estatísticas descritivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
eatq_controloativação	164	1	5	2,85	,783
eatq_afiliação	164	2	5	3,80	,737
eatq_atenção	164	2	5	3,15	,530
eatq_medo	164	1	5	2,98	,724
eatq_frustração	164	1	5	3,39	,642
eatq_altaintensidadeprazer	164	1	5	3,26	,768
eatq_controloinibitório	164	1	5	3,48	,617
eatq_sensibilidadepercetiva	163	1	5	3,61	,804
eatq_sensibilidadeprazer	164	1	5	3,00	,914
eatq_timidez	164	1	5	2,80	1,073
eatq_agressão	164	1	5	2,50	,760
eatq_humordepressivo	164	1	5	2,88	,712
N válido (de lista)	163				

5.3. Dados demográficos

Idade

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	13	3	1,8	1,8	1,8
	14	36	22,0	22,0	23,8
	15	58	35,4	35,4	59,1
	16	39	23,8	23,8	82,9
	17	21	12,8	12,8	95,7
	18	6	3,7	3,7	99,4
	19	1	,6	,6	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

Gênero

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Masculino	81	49,4	49,4	49,4
	Feminino	83	50,6	50,6	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

Escolaridade

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido		2	1,2	1,2	1,2
	9º	50	30,5	30,5	31,7
	10º	50	30,5	30,5	62,2
	11º	41	25,0	25,0	87,2
	12º	21	12,8	12,8	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

Co_habitação

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Pai e mãe	23	14,0	14,0	14,0
	Pai e algum dos avós	1	,6	,6	14,6
	Mãe e algum dos avós	2	1,2	1,2	15,9
	Vive com outros	7	4,3	4,3	20,1
	Pai, mãe e irmãos	93	56,7	56,7	76,8
	Pai	2	1,2	1,2	78,0
	Pai e irmãos	3	1,8	1,8	79,9
	Mãe	7	4,3	4,3	84,1
	Mãe e irmãos	20	12,2	12,2	96,3
	Avós	1	,6	,6	97,0
	Pai, mãe e algum dos avós	5	3,0	3,0	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

Dorme_com

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sozinho em quarto próprio	134	81,7	81,7	81,7
	No quarto com os pais (ou outros adultos)	3	1,8	1,8	83,5
	No quarto com irmãos	27	16,5	16,5	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

Prob_sono

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	SIM, muitos	3	1,8	1,8	1,8
	SIM, alguns	55	33,5	33,5	35,4
	NÃO	106	64,6	64,6	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

Hora_deitar

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	PAIS ou outros adultos	45	27,4	27,4	27,4
	O PRÓPRIO	119	72,6	72,6	100,0
	Total	164	100,0	100,0	

5.4. Estatísticas descritivas

Hora de deitar durante a semana e o fim-de-semana

Estatísticas descritivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
EHSA_30_2	159	21:30	1 02:00	23:13	00:48
EHSA_32_2	159	22:00	1 07:00	1 00:56	01:23
N válido (de lista)	159				

Hora de levantar durante a semana e o fim-de-semana

Estatísticas descritivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
EHSA_31_2	159	1 06:00	1 09:30	1 07:15	00:29
EHSA_33_2	159	1 06:30	1 18:00	1 11:02	01:48
N válido (de lista)	159				

Total de horas dormidas durante a semana e o fim-de-semana

Estatísticas descritivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
horasdormidassem	159	6:00	9:40	8:02	0:50
N válido (de lista)	159				

Estatísticas descritivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
horasdormidasfds	159	6:30	14:00	10:06	1:26
N válido (de lista)	159				

5.5. Controlo parental

Estatísticas de grupo

Hora_deitar		N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
horasdormidassem	PAIS ou outros adultos	44	8:20	0:40	0:06
	O PRÓPRIO	115	7:55	0:52	0:04

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
horasdormidassem	Variâncias iguais assumidas	5,518	,020	2,859	157	,005	0:25	0:08	0:07	0:42
	Variâncias iguais não assumidas			3,200	99,983	,002	0:25	0:07	0:09	0:40

Estatísticas de grupo

Hora_deitar		N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
horasdormidasfds	PAIS ou outros adultos	44	9:59	1:21	0:12
	O PRÓPRIO	115	10:08	1:28	0:08

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
horasdormidasfds	Variâncias iguais assumidas	,275	,601	-,592	157	,555	-0:09	0:15	-0:39	0:21
	Variâncias iguais não assumidas			-,614	83,924	,541	-0:09	0:14	-0:38	0:20

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
Hora_deitar * Género	164	100,0%	0	0,0%	164	100,0%

Hora_deitar * Género Tabulação cruzada

			Gênero		Total
			Masculino	Feminino	
Hora_deitar	PAIS ou outros adultos	Contagem	26	19	45
		% em Hora_deitar	57,8%	42,2%	100,0%
	O PRÓPRIO	Contagem	55	64	119
		% em Hora_deitar	46,2%	53,8%	100,0%
Total		Contagem	81	83	164
		% em Hora_deitar	49,4%	50,6%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	1,745 ^a	1	,186		
Correção de continuidade ^b	1,314	1	,252		
Razão de verossimilhança	1,750	1	,186		
Teste Exato de Fisher				,222	,126
N de Casos Válidos	164				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 22,23.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
Hora_deitar * idaderec	164	100,0%	0	0,0%	164	100,0%

Hora_deitar * idaderec Tabulação cruzada

Contagem

		idaderec		Total
		0	1	
Hora_deitar	PAIS ou outros adultos	37	8	45
	O PRÓPRIO	60	59	119
Total		97	67	164

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	13,667 ^a	1	,000		
Correção de continuidade ^b	12,382	1	,000		
Razão de verossimilhança	14,752	1	,000		
Teste Exato de Fisher				,000	,000
N de Casos Válidos	164				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 18,38.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

(0- adolescentes mais novos; 1-adolescentes mais velhos)

5.6. Percepção de problemas de sono

Estadísticas de grupo

	prob_sonrec	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
horasdormidassem	0	58	7:59	0:49	0:06
	1	101	8:03	0:51	0:05

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
horasdormidassem	Variâncias iguais assumidas	,014	,906	-,486	157	,627	-0:04	0:08	-0:20	0:12
	Variâncias iguais não assumidas			-,491	122,340	,624	-0:04	0:08	-0:20	0:12

Estadísticas de grupo

	prob_sonrec	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
horasdormidasfds	0	58	9:53	1:26	0:11
	1	101	10:13	1:25	0:08

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						95% Intervalo de Confiança da Diferença	
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença		Inferior	Superior
horasdormidasfds	Variancias iguais assumidas		,000	-1,429	157	,155	-0:20	0:14		-0:48	0:07
	Variancias iguais não assumidas			-1,427	118,384	,156	-0:20	0:14		-0:48	0:07

(0-problemas de sono; 1-sem problemas de sono)

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
prob_sonrec * Género	164	100,0%	0	0,0%	164	100,0%

prob_sonrec * Género Tabulação cruzada

Contagem

		Género		Total
		Masculino	Feminino	
prob_sonrec	0	28	30	58
	1	53	53	106
Total		81	83	164

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,045 ^a	1	,833		
Correção de continuidade ^b	,002	1	,962		
Razão de verossimilhança	,045	1	,833		
Teste Exato de Fisher				,871	,481
Associação Linear por Linear	,044	1	,833		
N de Casos Válidos	164				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 28,65.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
prob_sonrec * idaderec	164	100,0%	0	0,0%	164	100,0%

prob_sonrec * idaderec Tabulação cruzada

Contagem

		idaderec		Total
		0	1	
prob_sonrec	0	36	22	58
	1	61	45	106
Total		97	67	164

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,317 ^a	1	,573	,621	,347
Correção de continuidade ^b	,158	1	,691		
Razão de verossimilhança	,318	1	,573		
Teste Exato de Fisher					
Associação Linear por Linear	,315	1	,574		
N de Casos Válidos	164				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 23,70.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

5.7. Composição familiar

Estatísticas de grupo

	co_habitrec	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
horasdormidassem	0	116	8:03	0:48	0:04
	1	43	8:00	0:56	0:08

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
horasdormidassem	Variâncias iguais assumidas	,165	,685	,232	157	,817	0:02	0:09	-0:15	0:20
	Variâncias iguais não assumidas			,217	66,664	,829	0:02	0:09	-0:17	0:21

Estatísticas de grupo

	co_habitrec	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
horasdormidasfds	0	116	10:00	1:30	0:08
	1	43	10:22	1:11	0:10

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
horasdormidasfds	Variâncias iguais assumidas	3,446	,065	-1,437	157	,153	-0,22	0,15	-0,52	0,08
	Variâncias iguais não assumidas			-1,599	94,516	,113	-0,22	0,13	-0,49	0,05

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
co_habitrec * Género	164	100,0%	0	0,0%	164	100,0%

co_habitrec * Género Tabulação cruzada

Contagem

		Género		Total
		Masculino	Feminino	
co_habitrec	0	63	58	121
	1	18	25	43
Total		81	83	164

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	1,322 ^a	1	,250	,289	,166
Correção de continuidade ^b	,945	1	,331		
Razão de verossimilhança	1,327	1	,249		
Teste Exato de Fisher					
Associação Linear por Linear	1,314	1	,252		
N de Casos Válidos	164				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 21,24.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
co_habitrec * idaderec	164	100,0%	0	0,0%	164	100,0%

co_habitrec * idaderec Tabulação cruzada

Contagem

	idaderec		Total
	0	1	
co_habitrec 0	68	53	121
1	29	14	43
Total	97	67	164

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	1,660 ^a	1	,198	,212	,134
Correção de continuidade ^b	1,227	1	,268		
Razão de verossimilhança	1,690	1	,194		
Teste Exato de Fisher					
Associação Linear por Linear	1,650	1	,199		
N de Casos Válidos	164				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 17,57.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

5.8. Avaliação da qualidade do sono

Estatísticas descritivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
aqsa_horadeitar	164	1	6	3,48	,991
aqsa_adormecer	164	2	6	4,30	,845
aqsa_mantersono	164	1	6	3,87	,975
aqsa_retomarsono	164	2	6	4,79	,892
aqsa_acordar	164	1	5	2,61	1,030
aqsa_total	164	2	5	3,86	,577
N válido (de lista)	164				

Qualidade do sono × Dados demográficos

Estatísticas de grupo

	Gênero	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
aqsa_horadeitar	Masculino	81	3,45	,906	,101
	Feminino	83	3,51	1,073	,118
aqsa_adormecer	Masculino	81	4,40	,840	,093
	Feminino	83	4,20	,842	,092
aqsa_mantersono	Masculino	81	4,00	,922	,102
	Feminino	83	3,74	1,013	,111
aqsa_retomarsono	Masculino	81	4,98	,865	,096
	Feminino	83	4,60	,883	,097
aqsa_acordar	Masculino	81	2,79	1,113	,124
	Feminino	83	2,44	,915	,100
aqsa_total	Masculino	81	3,98	,528	,059
	Feminino	83	3,75	,601	,066

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
aqsa_horadeitar	Variâncias iguais assumidas	3,295	,071	-,364	162	,716	-,057	,155	-,363	,250
	Variâncias iguais não assumidas			-,365	158,707	,716	-,057	,155	-,363	,249
aqsa_adormecer	Variâncias iguais assumidas	,000	,990	1,504	162	,135	,198	,131	-,062	,457
	Variâncias iguais não assumidas			1,504	161,921	,135	,198	,131	-,062	,457
aqsa_mantersono	Variâncias iguais assumidas	,351	,554	1,730	162	,086	,262	,151	-,037	,561
	Variâncias iguais não assumidas			1,732	161,217	,085	,262	,151	-,037	,560
aqsa_retomarsono	Variâncias iguais assumidas	2,349	,127	2,784	162	,006	,380	,137	,111	,650
	Variâncias iguais não assumidas			2,785	161,998	,006	,380	,137	,111	,650
aqsa_acordar	Variâncias iguais assumidas	5,659	,019	2,224	162	,028	,353	,159	,040	,667
	Variâncias iguais não assumidas			2,218	154,637	,028	,353	,159	,039	,668
aqsa_total	Variâncias iguais assumidas	,673	,413	2,652	162	,009	,235	,088	,060	,409
	Variâncias iguais não assumidas			2,656	160,294	,009	,235	,088	,060	,409

Estatísticas de grupo

idaderec	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
aqsa_horadeitar 0	97	3,44	,958	,097
1	67	3,55	1,042	,127
aqsa_adormecer 0	97	4,38	,835	,085
1	67	4,19	,851	,104
aqsa_mantersono 0	97	3,83	,991	,101
1	67	3,93	,956	,117
aqsa_retomarsono 0	97	4,76	,902	,092
1	67	4,83	,883	,108
aqsa_acordar 0	97	2,64	1,093	,111
1	67	2,57	,937	,114
aqsa_total 0	97	3,86	,571	,058
1	67	3,87	,589	,072

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
aqsa_horadeitar	Variâncias iguais assumidas	1,262	,263	-,707	162	,481	-,111	,158	-,423	,200
	Variâncias iguais não assumidas			-,696	134,095	,488	-,111	,160	-,428	,205
aqsa_adormecer	Variâncias iguais assumidas	,091	,763	1,474	162	,142	,197	,134	-,067	,461
	Variâncias iguais não assumidas			1,469	140,287	,144	,197	,134	-,068	,462
aqsa_mantersono	Variâncias iguais assumidas	,162	,688	-,622	162	,535	-,097	,155	-,403	,210
	Variâncias iguais não assumidas			-,626	145,272	,532	-,097	,154	-,401	,208
aqsa_retomarsono	Variâncias iguais assumidas	,003	,959	-,502	162	,616	-,071	,142	-,352	,209
	Variâncias iguais não assumidas			-,504	144,026	,615	-,071	,142	-,351	,208
aqsa_acordar	Variâncias iguais assumidas	2,542	,113	,435	162	,664	,071	,164	-,252	,395
	Variâncias iguais não assumidas			,448	154,553	,655	,071	,159	-,244	,386
aqsa_total	Variâncias iguais assumidas	,083	,774	-,022	162	,982	-,002	,092	-,183	,179
	Variâncias iguais não assumidas			-,022	139,207	,982	-,002	,092	-,185	,181

Estadísticas de grupo

Hora_deitar		N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
aqsa_horadeitar	PAIS ou outros adultos	45	3,43	,794	,118
	O PRÓPRIO	119	3,50	1,059	,097
aqsa_adormecer	PAIS ou outros adultos	45	4,25	,841	,125
	O PRÓPRIO	119	4,32	,849	,078
aqsa_mantersono	PAIS ou outros adultos	45	3,74	1,063	,158
	O PRÓPRIO	119	3,92	,940	,086
aqsa_retomarsono	PAIS ou outros adultos	45	4,63	,850	,127
	O PRÓPRIO	119	4,84	,905	,083
aqsa_acordar	PAIS ou outros adultos	45	2,82	1,046	,156
	O PRÓPRIO	119	2,53	1,017	,093
aqsa_total	PAIS ou outros adultos	45	3,82	,540	,081
	O PRÓPRIO	119	3,88	,591	,054

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
aqsa_horadeitar	Variâncias iguais assumidas	5,841	,017	-,414	162	,680	-,072	,174	-,415	,272
	Variâncias iguais não assumidas			-,470	105,341	,639	-,072	,153	-,375	,232
aqsa_adormecer	Variâncias iguais assumidas	,172	,679	-,470	162	,639	-,070	,148	-,362	,223
	Variâncias iguais não assumidas			-,472	79,988	,638	-,070	,148	-,363	,224
aqsa_mantersono	Variâncias iguais assumidas	1,440	,232	-1,030	162	,304	-,176	,171	-,513	,161
	Variâncias iguais não assumidas			-,975	71,552	,333	-,176	,180	-,535	,184
aqsa_retomarsono	Variâncias iguais assumidas	,823	,366	-1,366	162	,174	-,213	,156	-,520	,095
	Variâncias iguais não assumidas			-1,405	84,050	,164	-,213	,151	-,514	,088
aqsa_acordar	Variâncias iguais assumidas	,011	,916	1,607	162	,110	,288	,179	-,066	,642
	Variâncias iguais não assumidas			1,586	77,353	,117	,288	,182	-,074	,650
aqsa_total	Variâncias iguais assumidas	,826	,365	-,624	162	,534	-,063	,101	-,263	,137
	Variâncias iguais não assumidas			-,649	86,236	,518	-,063	,097	-,256	,130

Estatísticas de grupo

	prob_sonrec	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
aqsa_horadeitar	0	58	3,26	,901	,118
	1	106	3,60	1,022	,099
aqsa_adormecer	0	58	3,90	,969	,127
	1	106	4,52	,676	,066
aqsa_mantersono	0	58	3,78	1,033	,136
	1	106	3,92	,943	,092
aqsa_retomarsono	0	58	4,67	,910	,119
	1	106	4,85	,880	,085
aqsa_acordar	0	58	2,52	1,073	,141
	1	106	2,66	1,007	,098
aqsa_total	0	58	3,68	,606	,080
	1	106	3,96	,537	,052

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
aqsa_horadeitar	Variâncias iguais assumidas	1,714	,192	-2,106	162	,037	-,338	,160	-,654	-,021
	Variâncias iguais não assumidas			-2,186	130,485	,031	-,338	,154	-,643	-,032
aqsa_adormecer	Variâncias iguais assumidas	13,741	,000	-4,847	162	,000	-,627	,129	-,882	-,371
	Variâncias iguais não assumidas			-4,376	88,008	,000	-,627	,143	-,911	-,342
aqsa_mantersono	Variâncias iguais assumidas	,573	,450	-,841	162	,401	-,134	,159	-,449	,181
	Variâncias iguais não assumidas			-,819	108,607	,414	-,134	,164	-,459	,190
aqsa_retomarsono	Variâncias iguais assumidas	,994	,320	-1,240	162	,217	-,180	,145	-,468	,107
	Variâncias iguais não assumidas			-1,228	114,082	,222	-,180	,147	-,472	,111
aqsa_acordar	Variâncias iguais assumidas	,090	,765	-,818	162	,415	-,138	,168	-,470	,195
	Variâncias iguais não assumidas			-,802	111,148	,424	-,138	,172	-,478	,202
aqsa_total	Variâncias iguais assumidas	,310	,578	-3,082	162	,002	-,283	,092	-,464	-,102
	Variâncias iguais não assumidas			-2,974	105,847	,004	-,283	,095	-,472	-,094

5.9. Avaliação da higiene do sono

Estatísticas descritivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
ehsa_actcogemocionais	164	1	6	3,79	,941
ehsa_actcompfisiologicas	164	2	5	3,77	,799
ehsa_estabilidadesonos	164	1	6	2,86	1,113
ehsa_sestas	163	1	6	5,15	1,175
ehsa_consumosubstancias	164	1	6	5,25	1,212
ehsa_rotinas	164	1	6	4,12	1,642
ehsa_total	164	2	5	3,93	,566
N válido (de lista)	163				

Higiene do sono × Dados demográficos

Estatísticas de grupo

	Género	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
ehsa_actcogemocionais	Masculino	81	4,08	,844	,094
	Feminino	83	3,52	,953	,105
ehsa_actcompfisiologicas	Masculino	81	3,72	,854	,095
	Feminino	83	3,82	,743	,082
ehsa_estabilidadesonos	Masculino	81	3,16	1,127	,125
	Feminino	83	2,57	1,025	,112
ehsa_sestas	Masculino	81	4,99	1,355	,151
	Feminino	82	5,31	,945	,104
ehsa_consumosubstancias	Masculino	81	5,30	1,313	,146
	Feminino	83	5,21	1,110	,122
ehsa_rotinas	Masculino	81	3,96	1,631	,181
	Feminino	83	4,28	1,648	,181
ehsa_total	Masculino	81	4,02	,561	,062
	Feminino	83	3,85	,562	,062

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
ehsa_actcogemocionais	Variâncias iguais assumidas	,358	,551	4,002	162	,000	,563	,141	,285	,841
	Variâncias iguais não assumidas			4,008	160,485	,000	,563	,140	,286	,841
ehsa_actcompfisiologicas	Variâncias iguais assumidas	2,990	,086	-,863	162	,390	-,108	,125	-,354	,139
	Variâncias iguais não assumidas			-,861	157,787	,390	-,108	,125	-,355	,139
ehsa_estabilidadesono	Variâncias iguais assumidas	1,510	,221	3,486	162	,001	,586	,168	,254	,918
	Variâncias iguais não assumidas			3,482	159,737	,001	,586	,168	,254	,918
ehsa_sestas	Variâncias iguais assumidas	7,406	,007	-,1768	161	,079	-,323	,183	-,684	,038
	Variâncias iguais não assumidas			-,1765	142,750	,080	-,323	,183	-,686	,039
ehsa_consumosubstancias	Variâncias iguais assumidas	,067	,796	,450	162	,653	,085	,190	-,289	,460
	Variâncias iguais não assumidas			,450	156,335	,654	,085	,190	-,290	,461
ehsa_rotinas	Variâncias iguais assumidas	,229	,633	-,1,227	162	,222	-,314	,256	-,820	,192
	Variâncias iguais não assumidas			-,1,227	161,966	,222	-,314	,256	-,820	,191
ehsa_total	Variâncias iguais assumidas	,009	,925	1,944	162	,054	,170	,088	-,003	,343
	Variâncias iguais não assumidas			1,944	161,914	,054	,170	,088	-,003	,343

Estatísticas de grupo

	idaderec	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
ehsa_actcogemocionais	0	97	3,81	,913	,093
	1	67	3,77	,987	,121
ehsa_actcompfisiologicas	0	97	3,80	,775	,079
	1	67	3,72	,837	,102
ehsa_estabilidadesono	0	97	2,74	1,095	,111
	1	67	3,04	1,121	,137
ehsa_sestas	0	96	5,28	1,071	,109
	1	67	4,97	1,297	,158
ehsa_consumosubstancias	0	97	5,57	,955	,097
	1	67	4,79	1,390	,170
ehsa_rotinas	0	97	4,20	1,552	,158
	1	67	4,01	1,771	,216
ehsa_total	0	97	3,98	,531	,054
	1	67	3,87	,611	,075

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
ehsa_actcogemocionais	Variâncias iguais assumidas	,367	,546	,310	162	,757	,047	,150	-,250	,343
	Variâncias iguais não assumidas			,306	134,768	,760	,047	,152	-,254	,347
ehsa_actcompfisiologicas	Variâncias iguais assumidas	,650	,421	,613	162	,541	,078	,127	-,173	,329
	Variâncias iguais não assumidas			,604	134,791	,547	,078	,129	-,177	,333
ehsa_estabilidadesono	Variâncias iguais assumidas	,021	,886	-1,733	162	,085	-,304	,176	-,651	,042
	Variâncias iguais não assumidas			-1,725	139,848	,087	-,304	,176	-,653	,044
ehsa_sestas	Variâncias iguais assumidas	3,358	,069	1,644	161	,102	,306	,186	-,061	,673
	Variâncias iguais não assumidas			1,590	124,241	,114	,306	,192	-,075	,687
ehsa_consumosubstancias	Variâncias iguais assumidas	19,002	,000	4,268	162	,000	,781	,183	,420	1,143
	Variâncias iguais não assumidas			3,994	108,107	,000	,781	,196	,393	1,169
ehsa_rotinas	Variâncias iguais assumidas	2,956	,087	,693	162	,490	,181	,261	-,335	,697
	Variâncias iguais não assumidas			,676	129,547	,500	,181	,268	-,349	,711
ehsa_total	Variâncias iguais assumidas	,576	,449	1,262	162	,209	,113	,090	-,064	,290
	Variâncias iguais não assumidas			1,230	128,818	,221	,113	,092	-,069	,295

Estatísticas de grupo

		N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
ehsa_actcogemocionais	Hora_deitar				
	PAIS ou outros adultos	45	3,73	1,006	,150
ehsa_actcompfisiologicas	PAIS ou outros adultos	45	4,05	,751	,112
	O PRÓPRIO	119	3,82	,919	,084
ehsa_estabilidadesono	PAIS ou outros adultos	45	2,67	1,036	,154
	O PRÓPRIO	119	2,93	1,137	,104
ehsa_sestas	PAIS ou outros adultos	45	5,39	1,102	,164
	O PRÓPRIO	118	5,06	1,193	,110
ehsa_consumosubstancias	PAIS ou outros adultos	45	5,64	,816	,122
	O PRÓPRIO	119	5,11	1,303	,119
ehsa_rotinas	PAIS ou outros adultos	45	4,38	1,370	,204
	O PRÓPRIO	119	4,03	1,729	,159
ehsa_total	PAIS ou outros adultos	45	4,05	,569	,085
	O PRÓPRIO	119	3,89	,561	,051

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão da diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
ehsa_actcogemocionais	Variâncias iguais assumidas	,132	,717	-5,00	162	,618	-,082	,165	-,409	,244
	Variâncias iguais não assumidas			-,480	73,452	,633	-,082	,172	-,425	,260
ehsa_actcompfisiologicas	Variâncias iguais assumidas	,531	,467	2,792	162	,006	,383	,137	,112	,653
	Variâncias iguais não assumidas			2,864	83,570	,005	,383	,134	,117	,648
ehsa_estabilidadesono	Variâncias iguais assumidas	,682	,410	-1,317	162	,190	-,256	,194	-,640	,128
	Variâncias iguais não assumidas			-1,374	86,486	,173	-,256	,186	-,626	,114
ehsa_sestas	Variâncias iguais assumidas	1,967	,163	1,609	161	,110	,330	,205	-,075	,734
	Variâncias iguais não assumidas			1,668	85,691	,099	,330	,198	-,063	,722
ehsa_consumosubstancias	Variâncias iguais assumidas	11,286	,001	2,588	162	,011	,539	,208	,128	,951
	Variâncias iguais não assumidas			3,163	126,059	,002	,539	,171	,202	,877
ehsa_rotinas	Variâncias iguais assumidas	5,263	,023	1,229	162	,221	,353	,287	-,214	,919
	Variâncias iguais não assumidas			1,364	99,533	,176	,353	,259	-,160	,866
ehsa_total	Variâncias iguais assumidas	,132	,717	1,674	162	,096	,165	,099	-,030	,359
	Variâncias iguais não assumidas			1,663	78,299	,100	,165	,099	-,032	,362

Estatísticas de grupo

	prob_sonrec	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
ehsa_actcogemocionais	0	58	3,61	1,007	,132
	1	106	3,89	,893	,087
ehsa_actcompfisiologicas	0	58	3,77	,713	,094
	1	106	3,77	,846	,082
ehsa_estabilidadesono	0	58	2,76	1,024	,134
	1	106	2,92	1,159	,113
ehsa_sestas	0	58	5,30	1,096	,144
	1	105	5,07	1,213	,118
ehsa_consumosubstancias	0	58	5,24	1,174	,154
	1	106	5,26	1,237	,120
ehsa_rotinas	0	58	4,22	1,644	,216
	1	106	4,07	1,646	,160
ehsa_total	0	58	3,88	,561	,074
	1	106	3,96	,570	,055

Teste de amostras independentes										
		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
ehsa_actcogemocionais	Variâncias iguais assumidas	,537	,465	-1,836	162	,068	-,280	,153	-,582	,021
	Variâncias iguais não assumidas			-1,773						
ehsa_actcompfsiologicas	Variâncias iguais assumidas	1,131	,289	-,018	162	,986	-,002	,131	-,261	,256
	Variâncias iguais não assumidas			-,019						
ehsa_estabilidadesono	Variâncias iguais assumidas	,279	,598	-,860	162	,391	-,156	,182	-,516	,203
	Variâncias iguais não assumidas			-,892						
ehsa_sestas	Variâncias iguais assumidas	1,452	,230	1,225	161	,222	,235	,192	-,144	,614
	Variâncias iguais não assumidas			1,261						
ehsa_consumosubstancias	Variâncias iguais assumidas	,004	,947	-,091	162	,928	-,018	,198	-,410	,374
	Variâncias iguais não assumidas			-,092						
ehsa_rotinas	Variâncias iguais assumidas	,074	,787	,588	162	,557	,158	,269	-,373	,689
	Variâncias iguais não assumidas			,588						
ehsa_total	Variâncias iguais assumidas	,016	,899	-,820	162	,413	-,076	,093	-,259	,107
	Variâncias iguais não assumidas			-,824						

5.10. Avaliação das crenças disfuncionais sobre o sono

Estatísticas descritivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
dbas_total	164	1	4	2,75	,543
N válido (de lista)	164				

Crenças disfuncionais sobre o sono × Dados demográficos

Estatísticas de grupo

	Gênero	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
dbas_total	Masculino	81	2,64	,543	,060
	Feminino	83	2,87	,522	,057

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
dbas_total	Variâncias iguais assumidas	,296	,587	-2,750	162	,007	-,229	,083	-,393	-,064
	Variâncias iguais não assumidas			-2,749						

Estatísticas de grupo

	idade	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
dbas_total	0	97	2,76	,539	,055
	1	67	2,75	,552	,067

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
dbas_total	Variâncias iguais assumidas		,003	,074	162	,941	,006	,086	-,164	,177
	Variâncias iguais não assumidas			,073	139,970	,942	,006	,087	-,165	,178

Estatísticas de grupo

	Hora_deitar	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
dbas_total	PAIS ou outros adultos	45	2,83	,494	,074
	O PRÓPRIO	119	2,72	,559	,051

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
dbas_total	Variâncias iguais assumidas		,174	1,177	162	,241	,112	,095	-,076	,299
	Variâncias iguais não assumidas			1,244	89,042	,217	,112	,090	-,067	,290

Estatísticas de grupo

	prob_sonrec	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
dbas_total	0	58	2,91	,502	,066
	1	106	2,67	,548	,053

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
dbas_total	Variâncias iguais assumidas		,928	2,750	162	,007	,239	,087	,067	,411
	Variâncias iguais não assumidas			2,821	126,317	,006	,239	,085	,071	,407

5.11. Avaliação do temperamento

Estatísticas descritivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
eatq_fatorControlocomes forço	164	2	5	3,16	,475
eatq_fatorExtroversão	164	2	4	3,01	,455
eatq_fatorAfetividadeneg ativa	164	1	4	2,92	,494
eatq_fatorAfiliação	164	2	5	3,47	,597
N válido (de lista)	164				

Temperamento × Dados demográficos

Estatísticas de grupo

	Gênero	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
eatq_fatorControlocomes forço	Masculino	81	3,12	,504	,056
	Feminino	83	3,20	,444	,049
eatq_fatorExtroversão	Masculino	81	2,92	,440	,049
	Feminino	83	3,10	,454	,050
eatq_fatorAfetividadeneg ativa	Masculino	81	2,81	,467	,052
	Feminino	83	3,04	,496	,054
eatq_fatorAfiliação	Masculino	81	3,31	,590	,066
	Feminino	83	3,63	,566	,062

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
eatq_fatorControlocomes forço	Variâncias iguais assumidas	1,361	,245	-1,102	162	,272	-,082	,074	-,228	,065
	Variâncias iguais não assumidas			-1,100	158,464	,273	-,082	,074	-,228	,065
eatq_fatorExtroversão	Variâncias iguais assumidas	,116	,734	-2,577	162	,011	-,180	,070	-,318	-,042
	Variâncias iguais não assumidas			-2,578	161,993	,011	-,180	,070	-,318	-,042
eatq_fatorAfetividadeneg ativa	Variâncias iguais assumidas	,301	,584	-3,098	162	,002	-,233	,075	-,382	-,084
	Variâncias iguais não assumidas			-3,100	161,783	,002	-,233	,075	-,382	-,085
eatq_fatorAfiliação	Variâncias iguais assumidas	,060	,806	-3,518	162	,001	-,317	,090	-,495	-,139
	Variâncias iguais não assumidas			-3,516	161,295	,001	-,317	,090	-,496	-,139

Estatísticas de grupo

	idaderec	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
eatq_fatorControlocomes forço	0	97	3,14	,485	,049
	1	67	3,19	,462	,056
eatq_fatorExtroversão	0	97	3,00	,488	,050
	1	67	3,02	,405	,049
eatq_fatorAfetividadeneg ativa	0	97	2,91	,496	,050
	1	67	2,95	,494	,060
eatq_fatorAfiliação	0	97	3,50	,597	,061
	1	67	3,43	,601	,073

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
eatq_fatorControlocomes forço	Variâncias iguais assumidas	,390	,533	-,685	162	,494	-,052	,076	-,201	,097
	Variâncias iguais não assumidas			-,691	146,428	,490	-,052	,075	-,200	,096
eatq_fatorExtroversão	Variâncias iguais assumidas	1,877	,173	-,262	162	,794	-,019	,072	-,162	,124
	Variâncias iguais não assumidas			-,271	156,540	,787	-,019	,070	-,157	,119
eatq_fatorAfetividadeneg ativa	Variâncias iguais assumidas	,180	,672	-,513	162	,609	-,040	,079	-,196	,115
	Variâncias iguais não assumidas			-,513	142,354	,608	-,040	,079	-,196	,115
eatq_fatorAfiliação	Variâncias iguais assumidas	,019	,889	,696	162	,488	,066	,095	-,122	,254
	Variâncias iguais não assumidas			,695	141,421	,488	,066	,095	-,122	,254

Estatísticas de grupo

	Hora_deitar	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
eatq_fatorControlocomes forço	PAIS ou outros adultos	45	3,14	,405	,060
	O PRÓPRIO	119	3,17	,500	,046
eatq_fatorExtroversão	PAIS ou outros adultos	45	3,03	,515	,077
	O PRÓPRIO	119	3,01	,432	,040
eatq_fatorAfetividadeneg ativa	PAIS ou outros adultos	45	2,96	,452	,067
	O PRÓPRIO	119	2,91	,510	,047
eatq_fatorAfiliação	PAIS ou outros adultos	45	3,60	,539	,080
	O PRÓPRIO	119	3,42	,613	,056

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
eatq_fatorControlocomes forço	Variâncias iguais assumidas	1,944	,165	-,268	162	,789	-,022	,083	-,187	,142
	Variâncias iguais não assumidas			-,295	97,405	,769	-,022	,076	-,173	,128
eatq_fatorExtroversão	Variâncias iguais assumidas	1,365	,244	,272	162	,786	,022	,080	-,136	,179
	Variâncias iguais não assumidas			,262	68,745	,802	,022	,086	-,151	,194
eatq_fatorAfetividadeneg ativa	Variâncias iguais assumidas	,471	,493	,619	162	,537	,054	,087	-,117	,225
	Variâncias iguais não assumidas			,654	88,841	,515	,054	,082	-,109	,217
eatq_fatorAfiliação	Variâncias iguais assumidas	1,769	,185	1,755	162	,081	,182	,104	-,023	,387
	Variâncias iguais não assumidas			1,859	89,475	,066	,182	,098	-,013	,377

Estatísticas de grupo

	prob_sonrec	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
eatq_fatorControlocomes forço	0	58	3,10	,458	,060
	1	106	3,19	,483	,047
eatq_fatorExtroversão	0	58	3,09	,515	,068
	1	106	2,97	,416	,040
eatq_fatorAfetividadeneg ativa	0	58	3,03	,489	,064
	1	106	2,87	,490	,048
eatq_fatorAfiliação	0	58	3,56	,583	,077
	1	106	3,42	,602	,058

Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
eatq_fatorControlocomes forço	Variâncias iguais assumidas	,008	,929	-1,117	162	,265	-,087	,077	-,240	,066
	Variâncias iguais não assumidas			-1,135	122,657	,259	-,087	,076	-,238	,064
eatq_fatorExtroversão	Variâncias iguais assumidas	3,282	,072	1,549	162	,123	,115	,074	-,032	,261
	Variâncias iguais não assumidas			1,455	98,099	,149	,115	,079	-,042	,271
eatq_fatorAfetividadeneg ativa	Variâncias iguais assumidas	,010	,921	2,011	162	,046	,161	,080	,003	,319
	Variâncias iguais não assumidas			2,013	117,723	,046	,161	,080	,003	,319
eatq_fatorAfiliação	Variâncias iguais assumidas	,091	,763	1,478	162	,141	,144	,097	-,048	,336
	Variâncias iguais não assumidas			1,492	120,500	,138	,144	,096	-,047	,334

5.12. Modelo preditivo do sono

Variáveis Inseridas/Removidas^a

Modelo	Variáveis inseridas	Variáveis removidas	Método
1	Idade, Género ^b	.	Inserir

a. Variável Dependente: aqsa_total

b. Todas as variáveis solicitadas inseridas.

Resumo do modelo

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Estatísticas de mudança				
					Alteração de R quadrado	Alteração F	df1	df2	Sig. Alteração F
1	,204 ^a	,042	,030	,568	,042	3,509	2	161	,032

a. Preditores: (Constante), Idade, Género

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	2,264	2	1,132	3,509	,032 ^b
	Resíduo	51,934	161	,323		
	Total	54,198	163			

a. Variável Dependente: aqsa_total

b. Preditores: (Constante), Idade, Género

Coefficientes^a

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Correlações			Estatísticas de colinearidade	
		B	Erro Padrão	Beta			Limite inferior	Limite superior	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF
1	(Constante)	3,962	,143		27,804	,000	3,681	4,244					
	Gênero	-,235	,089	-,205	-2,649	,009	-,411	-,060	-,204	-,204	-,204	,998	1,002
	Idade	,006	,038	,012	,160	,873	-,070	,082	,003	,013	,012	,998	1,002

a. Variável Dependente: aqsa_total

Diagnóstico de colinearidade^a

Modelo	Dimensão	Autovalor	Índice de condição	Proporções de variância		
				(Constante)	Gênero	Idade
1	1	2,567	1,000	,01	,05	,01
	2	,380	2,598	,03	,93	,05
	3	,053	6,964	,96	,02	,94

a. Variável Dependente: aqsa_total

Variáveis Inseridas/Removidas^a

Modelo	Variáveis inseridas	Variáveis removidas	Método
1	Hora_deitar, Gênero, Idade ^b	.	Inserir

a. Variável Dependente: aqsa_total

b. Todas as variáveis solicitadas inseridas.

Resumo do modelo

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Estatísticas de mudança				
					Alteração de R quadrado	Alteração F	df1	df2	Sig. Alteração F
1	,216 ^a	,047	,029	,568	,047	2,609	3	160	,053

a. Preditores: (Constante), Hora_deitar, Gênero, Idade

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	2,527	3	,842	2,609	,053 ^b
	Resíduo	51,670	160	,323		
	Total	54,198	163			

a. Variável Dependente: aqsa_total

b. Preditores: (Constante), Hora_deitar, Gênero, Idade

Coefficientes^a

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Correlações			Estatísticas de colinearidade	
		B	Erro Padrão	Beta			Limite inferior	Limite superior	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF
1	(Constante)	3,839	,197		19,438	,000	3,449	4,229					
	Gênero	-,243	,089	-,211	-2,721	,007	-,419	-,067	-,204	-,210	-,210	,989	1,011
	Idade	-,004	,040	-,009	-,109	,913	-,084	,075	,003	-,009	-,008	,914	1,094
	Hora_deitar	,094	,104	,073	,904	,367	-,112	,301	,049	,071	,070	,906	1,104

a. Variável Dependente: aqsa_total

Diagnóstico de colinearidade^a

Modelo	Dimensão	Autovalor	Índice de condição	Proporções de variância			
				(Constante)	Gênero	Idade	Hora_deitar
1	1	3,493	1,000	,00	,03	,01	,00
	2	,410	2,918	,01	,96	,02	,01
	3	,065	7,320	,09	,01	,95	,21
	4	,031	10,546	,90	,00	,02	,78

a. Variável Dependente: aqsa_total

Variáveis Inseridas/Removidas^a

Modelo	Variáveis inseridas	Variáveis removidas	Método
1	eatq_fatorAfiliação, Idade, eatq_fatorControlocomesforço, dbas_total, eatq_fatorExtroversão, Hora_deitar, Género, ehssa_total, eatq_fatorAfetividade negativa ^b		Inserir

a. Variável Dependente: aqsa_total

b. Todas as variáveis solicitadas inseridas.

Resumo do modelo

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Estatísticas de mudança				
					Alteração de R quadrado	Alteração F	df1	df2	Sig. Alteração F
1	,610 ^a	,372	,335	,470	,372	10,136	9	154	,000

a. Preditores: (Constante), eatq_fatorAfiliação, Idade, eatq_fatorControlocomesforço, dbas_total, eatq_fatorExtroversão, Hora_deitar, Género, ehssa_total, eatq_fatorAfetividade negativa

ANOVA^a

Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1 Regressão	20,161	9	2,240	10,136	,000 ^b
Resíduo	34,037	154	,221		
Total	54,198	163			

a. Variável Dependente: aqsa_total

b. Preditores: (Constante), eatq_fatorAfiliação, Idade, eatq_fatorControlocomesforço, dbas_total, eatq_fatorExtroversão, Hora_deitar, Género, ehssa_total, eatq_fatorAfetividade negativa

Coefficientes^a

		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Correlações			Estatísticas de colinearidade	
		B	Erro Padrão	Beta			Limite inferior	Limite superior	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF
1	(Constante)	4,151	,729		5,690	,000	2,710	5,592					
	Gênero	-,079	,080	-,069	-,989	,324	-,237	,079	-,204	-,079	-,063	,842	1,188
	Idade	,008	,033	,016	,240	,810	-,058	,074	,003	,019	,015	,909	1,100
	Hora_deitar	,062	,090	,048	,690	,491	-,116	,240	,049	,056	,044	,837	1,195
	ehsa_total	,228	,083	,223	2,754	,007	,064	,391	,445	,217	,176	,620	1,613
	dbas_total	-,090	,072	-,084	-,1247	,214	-,231	,052	-,197	-,100	-,080	,892	1,121
	eatq_fatorControlocomesforço	,190	,087	,157	2,193	,030	,019	,362	,274	,174	,140	,798	1,253
	eatq_fatorExtroversão	-,224	,088	-,176	-,2542	,012	-,397	-,050	-,334	-,201	-,162	,847	1,180
	eatq_fatorAfetividade negativa	-,279	,104	-,239	-,2678	,008	-,484	-,073	-,527	-,211	-,171	,513	1,951
	eatq_fatorAfiliação	-,041	,072	-,043	-,570	,570	-,183	,101	-,275	-,046	-,036	,733	1,365

a. Variável Dependente: aqsa_total

Diagnóstico de colinearidade^a

Modelo	Dimensão	Autovalor	Índice de condição	Proporções de variância									
				(Constante)	Género	Idade	Hora_deitar	ehssa_total	dbas_total	eatq_fatorControlocomesforço	eatq_fatorExtroversão	eatq_fatorAfetividade negativa	eatq_fatorAfiliação
1	1	9,266	1,000	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	2	,450	4,536	,00	,86	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	3	,104	9,430	,00	,01	,63	,05	,00	,02	,00	,00	,00	,01
	4	,056	12,919	,00	,01	,30	,57	,01	,02	,01	,00	,02	,02
	5	,044	14,500	,00	,05	,05	,18	,09	,00	,07	,01	,09	,02
	6	,030	17,569	,00	,01	,00	,02	,02	,85	,00	,05	,01	,05
	7	,022	20,732	,00	,02	,00	,01	,09	,01	,17	,13	,03	,41
	8	,014	25,520	,01	,01	,00	,00	,11	,01	,05	,78	,19	,01
	9	,012	27,324	,00	,00	,00	,04	,09	,06	,57	,01	,24	,43
	10	,002	66,856	,99	,05	,01	,12	,59	,03	,13	,01	,42	,06

a. Variável Dependente: aqsa_total